

UNIVERSITAT DE LLEIDA



**PROGRAMA FORMATIU EN CURES
PAL·LIATIVES ALS PROFESSIONALS
D'INFERMERIA DEL SERVEI D'URGÈNCIES**

Per: Xènia Castillo Peña

FACULTAT D'INFERMERIA I FISIOTERÀPIA

INFERMERIA

Presentat a: Eva Barallat

Treball fi de grau

2015-2016

ÍNDEX DEL TEXT

1. Resum	6
2. Introducció	8
3. Marc teòric	11
3.1. Cures pal·liatives	11
3.1.1. Definició i objectius de les cures pal·liatives	11
3.1.2. Definició de malaltia terminal	11
3.1.3. Atenció pal·liativa	12
A. Control de símptomes	13
B. Suport emocional i comunicació	14
3.1.4. Organització de les cures pal·liatives	15
3.1.5. Cures pal·liatives al Servei d'Urgències	16
A. Motius de consulta del pacient en situació de fi de vida al Servei d'Urgències	17
B. Actuació	18
B.1. Valoració	19
B.2. Informació i comunicació	20
B.3. Pla d'intervenció	21
B.3.1. Mesures farmacològiques	21
B.3.2. Mesures no farmacològiques	27
B.3.3. Limitació de l'esforç terapèutic	30
B.3.4. Derivació a equips específics de cures pal·liatives	31
3.2. Formació dels professionals d'infermeria en cures pal·liatives	31
3.2.3. Formació pre-grau	31
3.2.2. Formació postgrau	34
3.2.3. Formació dels professionals d'infermeria en el Servei d'Urgències	35
4. Justificació	36

5. Objectius	38
6. Metodologia	39
6.1. Metodologia de la cerca.....	39
6.2. Síntesis de l'evidència trobada	40
6.3. Població diana	41
6.4. Intervenció	41
7. Consideracions ètiques	49
8. Avaluació	50
9. Discussió	54
10. Conclusió	57
11. Bibliografia	58
12. Annexos	63

ÍNDIX DE TAULES

Taula 1. Manifestacions clíniques més freqüents	13
Taula 2. Ordre de sessions per temàtiques	43
Taula 3. Escala per avaluar la identificació del malalt pal·liatiu	51
Taula 4. Qüestionari per avaluar el suport emocional prestat.....	52

LLISTAT D'ABREVIATURES

CP: Cures pal·liatives

SU: Servei d'Urgències

OMS: Organització Mundial de la Salut

SECPAL: Societat Espanyola de Cures Pal·liatives

MT: Malaltia terminal

ABVD: Activitats bàsiques de la vida diària

AIVD: Activitats instrumentals de la vida diària

PADES: Programa d'Atenció Domiciliària i Equip de Suport

ESAD: Equips de Suport d'Atenció Domiciliària

UFISS: Unitats Funcionals Interdisciplinàries Sociosanitàries

EAIA: Equips d'Avaluació Integral Ambulatoria

UCP: Unitat de Cures Pal·liatives

ESAS: Edmonton Symptom Assessment System

EFAT: Edmonton Functional Assessment Tool

PPS: Palliative Performance Status

KPS: Karnofsky Performance Status

ECOG: Eastern Cooperative Oncology Group

DVA: Document voluntats anticipades

LET: Limitació esforç terapèutic

CEIC: Comitè Ètic d'Investigació Clínica

1. RESUM

Antecedents. Els pacients en situació de fi de vida acudeixen al Servei d'Urgències en els últims mesos de vida. L'objectiu fonamental de les cures pal·liatives al Servei d'Urgències, és obtenir el confort d'aquests pacients i de les seves famílies, fent que els procediments diagnòstics i terapèutics siguin els imprescindibles, sense recórrer a procediments innecessaris ni agressius. Per assolir-ho, s'inclouen l'avaluació i tractament del dolor i altres símptomes, l'ajuda en la presa de decisions mèdiques complexes, suport pràctic, espiritual i psicosocial, la coordinació de l'atenció i serveis de dol. Els professionals d'infermeria del Servei d'Urgències requereixen de coneixements i d'habilitats especials per poder superar els obstacles i garantir les condicions més favorables pel pacient i la seva família, per això és necessari que comptin amb un nivell de formació bàsic en cures pal·liatives.

Objectius. Valorar l'efectivitat d'un programa formatiu realitzat als professionals d'infermeria del Servei d'Urgències, per afrontar l'arribada dels pacients en situació de fi de vida i assumir el seu tractament integral.

Metodologia. Es realitza una cerca bibliogràfica en les següents bases de dades: Pubmed, Cuiden Plus, Biblioteca Cochrane Plus, SCOPUS i Google Scholar, utilitzant una combinació de paraules claus. Mitjançant aquesta estratègia es seleccionen un total de 15 articles en què basar la investigació. I en base a la recerca, es dissenya un programa d'intervenció específic.

Conclusions. L'evidència científica mostra que la formació en estratègies i habilitats en el tractament de cures pal·liatives permet una millora de l'atenció pal·liativa i la dignificació del procés de final de vida. La realització del programa formatiu ajudaria als professionals d'infermeria a identificar el pacient que requereix tractament pal·liatiu, així com a aplicar mesures farmacològiques i no farmacològiques per controlar els diferents símptomes. També ajudaria a considerar a la família, l'entorn físic i aspectes espirituals de forma integral. De la mateixa manera, el programa formatiu aportaria coneixements respecte com proporcionar suport emocional, però no asseguraria que aquest fos eficaç.

Paraules claus "Cuidados Paliativos", "Servicio de Urgencias", "Formación Enfermería"

ABSTRACT

Background. Patients at the end of life go to the Emergency department in their last months of life. The aim of Palliative Care in the Emergency department is to obtain the comfort of these patients and their families, providing only the diagnostic and therapeutic procedures that are strictly necessary, without resorting to sophisticated or aggressive procedures. To achieve this, identification and treatment of pain and other symptoms are realized, help in decision making, spiritual and psychological support, coordination of care and grief services are offered.

The nurses of the Emergency department require specific knowledge and skills to guarantee the most favourable conditions for the patients at the end of life and their families. For these reasons, nurses should have a basic level of education in palliative care.

Objectives. Measure the effectiveness of a training program for the nurses of Emergency department, to face the arrival of palliative patient and take on their total treatment.

Methodology. It is conducted a review of the literature search scientific databases such as: Pubmed, Cuiden Plus, Biblioteca Cochrane Plus, SCOPUS and Google Scholar, using a combination of keywords. Through this strategy, are selected a total of 15 articles in which based the research.

Conclusions. The literature shows that trained nurses in strategies and skills in palliative care, allows an improvement of palliative care and dignifies the end of life process. The achievement of the training program would help nurses identify the patient that needs palliative treatment, and would also help them to apply pharmacological and non pharmacological measures to control various symptoms. It would as well help them to consider integrally the patient's family, the surroundings and spiritual aspects. Alike, the training program would contribute knowledge related to emotional support, but wouldn't ensure that this will be effective.

Key words "Palliative Care", "Emergency department", "Nurse education"

2. INTRODUCCIÓ

La medicina al llarg de la història ha anat evolucionant a mesura que també ho anava fent la societat. En els últims anys, s'ha produït un augment progressiu de la incidència, la prevalença i la mortalitat, relacionat amb l'envelliment de la població i amb l'augment de la supervivència dels pacients amb malalties cròniques (1).

Els avenços en medicina i en salut pública han aconseguit un increment significatiu de l'expectativa de vida en els països desenvolupats. A Espanya, la taxa d'envelliment és del 17,03% i l'índex de senectut del 11,99% (2).

Aquest canvi en les necessitats, requeria del desenvolupament de noves fórmules d'atenció i organització. És per això que en el darrer segle existeix una medicina no curativa orientada a aconseguir la major qualitat de vida del pacient que presenta una malaltia avançada, progressiva i incurable, i que precisa una sèrie d'intervencions mèdiques, psicològiques i socials, incloent en tot moment, i proporcionant ajuda i suport, al cuidador principal i la família (3). Les cures pal·liatives (CP) s'emmarquen en un model d'atenció que dona resposta a aquestes necessitats.

Els equips i recursos assistencials de CP han demostrat resultats clínics d'eficàcia i efectivitat, a més de millorar el control de símptomes, reduir el impacte emocional, l'eficiència i la satisfacció, així com resultats econòmics i organitzatius favorables (4).

La millora de l'atenció dels malalts en fase avançada i terminal és un dels reptes que es planteja Sanitat (5). Malgrat l'evolució en l'atenció pal·liativa, la complexitat en la gestió del procés de la mort continua sent un fet rellevant. Un dels motius és que la societat no accepta la mort com un fet natural que té un ordre biològic, el que provoca que molts dels pacients morin en els hospitals, llavors són aquests qui han d'abordar l'agonia, l'acompanyament familiar i el dol posterior (3,5).

Altres factors que dificulten el maneig del procés de la mort estan relacionats amb la formació, actituds i pors dels propis professionals, i també amb les actituds de les persones malaltes i les seves famílies respecte l'atenció sanitària i els

professionals. Igualment tenen una gran influència els aspectes culturals i socials que giren en torn a l'atenció al final de la vida i la mort (3).

Un exemple dels obstacles amb que es troben els professionals és la dificultat per valorar quins pacients volen parlar sobre la seva malaltia i la seva mort, i quins no ho desitgen fer. També la dificultat per trobar vies de comunicació amb aquells malalts que volen parlar sense implicar als que prefereixen evitar el tema. De la mateixa manera, és una limitació l'actitud dels familiars que es veuen trastornats per la imminència de la mort, i actuen de forma irracional, alterant encara més al pacient i, fins i tot, comprometent la relació terapèutica establerta.

Un altre factor és l'actitud dels professionals, ja que alguns són partidaris de perllongar la vida mentre sigui possible, no acceptant la fase final de la malaltia. En canvi, d'altres creuen que una vegada establerta la malaltia terminal, s'hauria de mantenir al pacient confortable, sense adaptar mesures desproporcionades per perllongar la vida. Aquesta segona actitud, crea certs dilemes en alguns professionals ja que ho interpreten com una manera de no aplicar cap mesura i d'accelerar la mort (1,4).

Tot això configura una difícil acceptació o inadequat maneig dels pacients amb necessitats pal·liatives. No obstant, els sistemes sanitaris tenen que ser capaços de satisfer les necessitats dels pacients per alleujar el patiment i mantenir la qualitat de vida el màxim temps possible (1).

És per això, que ha d'existir una adequada coordinació entre nivells assistencials i recursos convencionals i específics de CP. A més, això és de gran importància, ja que en els últims anys hi ha un increment del número de pacients en situació de final de vida, que tot i que els objectius són clarament no curatius, acudeixen als serveis d'urgències hospitalaris per rebre assistència, i haurien de ser atesos en altres nivells assistencials. Per exemple, a Catalunya, el 54% dels ciutadans moren hospitalitzats, i d'aquest grup, un 35% ho fan en els serveis d'urgències (SU) (1).

El SU té com a objectius principals evitar morts i incapacitats en les emergències vitals o greus, així com resoldre, millorar i estabilitzar les situacions d'urgència.

Per aquest motiu, la gestió de malalts pal·liatius en aquest servei es fa especialment complexa per les pròpies característiques del servei, on la incertesa i la por, no només acompanyen al malalt i a la seva família, sinó també als professionals sanitaris (6).

La dificultat que comporta el maneig d'aquests pacients en aquests tipus de serveis pot comprometre la qualitat assistencial (6). Un dels motius, és que els professionals disposen de molts coneixements basats en la preservació de la salut, però breus coneixements sobre tractaments pal·liatius, comunicació i habilitats emocionals per cobrir la resposta professional, científica i humana en les múltiples necessitats que precisen els pacients en situació de final de vida (2).

3. MARC TEÒRIC

3.1. CURES PAL·LIATIVES

3.1.1. Definició i objectius de les cures pal·liatives

L'Organització Mundial de la Salut (OMS) (3), defineix les CP com la cura activa i holística total dels pacients amb una malaltia progressiva i avançada que no respon al tractament curatiu, amb la prioritat de millorar la qualitat de vida, mitjançant la prevenció i alleujament, per mitjà de la identificació primerenca i la impecable avaluació i tractament del dolor i altres problemes físics, psicosocials i espirituals.

La Societat Espanyola de Cures Pal·liatives (SECPAL) (5) defineix les CP com les cures que es realitzen en presència de malaltia avançada, progressiva i incurable, en absència de possibilitats de resposta al tractament específic, amb l'aparició de nombrosos problemes físics, intensos, multifactorials i canviants que generen gran impacte al pacient, a la família i a l'equip terapèutic, com a conseqüència de la presència explícita o no de la mort, i amb un pronòstic de vida limitat. Segons la SECPAL, un dels principis bàsics en CP és l'atenció integral tenint en compte les necessitats físiques, les emocionals, les socials i les espirituals, on el malalt, no és l'únic a ser atès, sinó que la seva família forma part de la unitat a tractar.

Per tant, les CP tenen com a objectiu promoure el confort i millorar la qualitat de vida del pacient en el final de la vida, recuperant, des d'una perspectiva humanística, l'acostament a una mort tranquil·la, sense entrebancs terapèutics innecessaris, on la família torna a cobrar el seu paper principal a prop del pacient (7).

3.1.2. Definició de malaltia terminal

Segons la SECPAL (5), la malaltia terminal (MT) és aquell procés en que existeix una malaltia avançada, incurable, progressiva, sense possibilitats raonables de resposta al tractament específic, que provoca problemes com la existència de símptomes multifactorials, intensos i canviants amb la existència d'un gran impacte emocional en malalts, familiars i equips. També presenta un pronòstic de vida limitat, que genera una gran demanda d'atenció, i en la que l'objectiu

fonamental consisteix en la promoció del confort i la qualitat de vida del malalt i de la família.

A aquesta fase terminal no sol s'arriba des de les malalties oncològiques, també s'arriba en el procés evolutiu de les malalties cròniques progressives de llarga duració (5).

Al no existir una possibilitat de curació, la pal·liació és l'alternativa més viable en aquest context. És de gran importància la certesa del diagnòstic de la MT per així evitar tractar a un pacient curable com terminal o viceversa (4).

3.1.3. Atenció pal·liativa

Les CP representen una sòlida resposta sanitària al sofriment relacionat amb el final de la vida dels pacients. Per aquest motiu, s'han convertit en un dret de tots els ciutadans, i en una prestació sanitària bàsica (8). És per això, que estan considerades com un àrea prioritària d'intervenció de salut en totes les comunitats autònomes espanyoles (3).

Aquestes haurien d'iniciar-se en les fases primerenques del diagnòstic d'una malaltia que amenaça la vida, simultàniament amb els tractaments curatius. De la mateixa forma, inclòs en les fases finals de la malaltia, en que el tractament és predominantment pal·liatiu, pot existir un espai pel intent destinat a les mesures curatives (3). Així, la transició de les cures curatives a les pal·liatives és sovint gradual, i ha de basar-se en les necessitats individuals de la persona més que en un termini concret de supervivència esperada (3,5).

Entre els objectius generals de les CP destaquen la promoció del benestar i la millora de la qualitat de vida, és per això que les bases terapèutiques en els pacients terminals seran les següents (5,7):

- Atenció integral
- El malalt i la família són una unitat a tractar.
- La promoció d'autonomia i la dignitat al malalt tenen que regir en les decisions terapèutiques. Les CP conceben l'assistència sanitària des d'un model centrat en la persona (9).
- Importància del entorn del pacient.

- Concepció terapèutica activa, incorporant una actitud rehabilitadora i activa. Oferint una atenció oportuna, personalitzada, humanitzada, continua i eficient (10).

Els instruments bàsics sobre els que se sustenten aquestes bases terapèutiques són els següents (5,7,10):

- Control de símptomes.
- Suport emocional i comunicació amb el malalt, la família i l'equip terapèutic, establint una relació franca i honesta.
- Canvis en l'organització, que permetin el treball interdisciplinari i una adaptació flexible als objectius canviants dels pacients.
- Equip interdisciplinari

A. Control de símptomes

Els pacients en situació de fi de vida poden presentar múltiples símptomes, condicionats per les patologies que tenen de base (3). La diferent simptomatologia és pot agrupar en funció de la seva etiologia (*Taula 1*):

Taula 1: Manifestacions clíniques més freqüents en pacients pal·liatius (4,11,12)

Manifestacions sistèmiques o generalitzades	- Dolor - Caquèxia i/o anorèxia - Astènia - Febre	- Anèmia - Debilitat - Edemes - Deshidratació
Manifestacions respiratòries	- Dispnea - Tos - Singlot	- Raneres - Hemoptisi - Dolor pleural
Manifestacions gastrointestinals	- Xerostomia - Diarrea o Estrenyiment - Disfàgia - Nàusees i vòmits - Halitosi - Pirosi	- Incontinència fecal - Tenesme rectal - Úlceres gastrointestinals - Síndrome de compressió gàstrica - Ascites

Manifestacions urinàries	- Tenesme vesical	- Incontinència urinària
Problemes neurològics	- Deteriorament cognitiu - Delírium - Depressió	- Ansietat - Insomni
Manifestacions dermatològiques	- Diaforesi - Fístules - Pruïja	- Limfoedema - Nafres neoplàsiques
Problemes d'urgència	- Hipercalcèmia - Compensió medul·lar - Crisis convulsives	- Hemorràgies - Infeccions

Segons l'estudi realitzat per A. Palomo et al. (12), els símptomes més freqüents son l'astènia (85,6%), l'anorèxia (72,4%), la xerostomia (67,2%), dolor (63,6%), insomni (57,8%) i dispnea (52,3%). Segons la SECPAL (5), l'astènia, el dolor i l'anorèxia apareixen en més del 70% dels pacients pal·liatius.

S'ha de tenir en compte que els símptomes són canviants en el temps, a causa de l'evolució de la malaltia, dels efectes adversos de les teràpies utilitzades, de la resposta al suport de l'equip i de les pròpies vivències del pacient i dels seus cuidadors (4,13,14).

B. Suport emocional

És de gran importància proporcionar els recursos necessaris per millorar la percepció de control de la situació per part del pacient i la seva família a l'hora d'afrontar l'etapa final de vida (7,15). Per aquest motiu, uns dels instruments bàsics de les CP són el suport emocional i la comunicació. Només en el context d'un clima de comunicació oberta, centrada en les demandes del pacient, on es tingui en compte tant l'expressió verbal com la no verbal, es pot oferir una relació d'ajuda terapèutica que permeti aflorar els símptomes de l'esfera emocional, i proposar estratègies d'adaptació o afrontament (13,15).

Més del 50% dels malalts pal·liatius es donen compte en algun moment del seu patiment, que necessiten informació sobre l'extensió de la malaltia, els seus

síntomes, el seu control i una estimació pronostica que els permeti al pacient i a la família tenir temps per fer i decidir (16). Aquesta informació és més efectiva i millor rebuda si es presenta de la forma més simple i concisa possible, i si es dona a través d'un contacte personal dins d'una relació de suport que contraresti la fredor dels fets (3,15,16).

Una adequada comunicació entre pacient, família i equip sanitari, reforça el principi d'autonomia, l'autoestima, la seguretat, la mobilització de recursos i facilita l'adaptació i col·laboració del pacient. A més, disminueix l'ansietat en la família i en el malalt, redueix la intensitat dels símptomes, facilita el coneixement i maneig dels successos futurs i ajuda a plantejar objectius més realistes respecte a la malaltia (5,13,16). Per contra, la comunicació ineficaç s'ha associat a un incompliment terapèutic i a un augment de l'estrès dels pacients, i a la insatisfacció amb el treball i el desgast emocional dels professionals sanitaris (3).

3.1.4. Organització de les cures pal·liatives

A Espanya, les CP es van iniciar a finals dels anys vuitanta, sent Catalunya la primera comunitat autònoma que va realitzar la primera aposta estructurada per desenvolupar un programa ampli de CP (17,18).

S'estima que a Espanya existeixen més de 206 equips de CP, que van des d'unitats de cures pal·liatives hospitalàries, cures pal·liatives domiciliàries i atenció primària a equips de suport hospitalari o domiciliari (18).

Els objectius a nivell organitzatiu consisteixen en assegurar que els serveis estiguin disponibles per tots els pacients que les necessitin i quan les necessitin. A més, que siguin de qualitat i sensibles a les seves necessitats, que els diferents nivells estiguin coordinats i que s'estableixin competències i criteris clars de derivació (1,3,8,18,19),

En primer lloc, el nivell bàsic de les CP, fa referència a les cures que han de ser prestades des de qualsevol àmbit d'atenció, ja sigui Atenció Primària o qualsevol unitat d'hospitalització, urgències o centres sociosanitaris (1,18,19). En aquest nivell s'ha de realitzar una valoració integral de les necessitats del pacient i de la seva família, per planificar les intervencions i solucionar o millorar els problemes

detectats. I si no és així, reconèixer el moment de derivar a atenció especialitzada (1,18).

En segon lloc, el nivell de CP especialitzades o avançades, que estan formades per:

- Equips de suport de CP. Poden intervenir en l'àmbit domiciliari o hospitalari, assessorant o realitzant intervencions puntuals, intermitents o amb responsabilitat compartida en l'atenció directa (18). A nivell domiciliari a Espanya es disposa de diversos models com les Unitats d'Hospitalització a Domicili, Programa d'Atenció Domiciliària i Equips de Suport (PADES), Equips de Suport d'Atenció Domiciliària (ESAD), Unitats funcionals interdisciplinàries sociosanitàries (UFISS), Equips d'avaluació integral ambulatoria (EAIA) i equips domiciliaris de l'Associació Espanyola contra el Càncer (AECC) (1,18).
- Unitats de cures pal·liatives (UCP). Són unitats d'hospitalització específiques de CP formades per un equip interdisciplinari (18).

En concret a Lleida, l'atenció al final de la vida es realitza a tota la xarxa sanitària, incloent els serveis convencionals de la xarxa d'atenció primària, de la sociosanitària i de la xarxa d'atenció hospitalària.

Els recursos específics d'atenció pal·liativa que disposa la regió de Lleida són els EAIA localitzats en l'Hospital Santa Maria, les UFISS localitzades en l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova, quatre equips de PADES que abasten una zona de la regió cada un d'ells i tres UCP localitzades a l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova, al Hestia Alliance i al SARquavitae Jaume Nadal Meroles (17).

3.1.5. Cures pal·liatives al Servei d'Urgències

L'atenció al malalt pal·liatiu ha rebut en els últims anys una aposta clara dintre dels sistemes sanitaris per oferir una resposta coordinada entre els diferents recursos i nivells assistencials (20).

Els pacients amb pronòstic de vida limitat ingressen freqüentment en els Serveis d'Urgències hospitalaris en els últims mesos de vida. Segons l'estudi realitzat per A. Metola et al., entre el 23% i el 46% d'aquests pacients acudeixen al SU per quadres de dispnea, agitació, delirium, dolor, crisis comicials o signes d'agonia

que la família es veu incapaç d'afrontar. També senyala que entre el 62% i el 97% dels casos de mort d'aquests pacients són esperats. I només en el 25% dels pacients s'apliquen mesures pal·liatives en aquests serveis, percebent-se un incorrecte control del dolor i altres símptomes (21).

Diversos autors (6,21–24), destaquen que els SU no són l'entorn adequat per atendre als pacients amb necessitats pal·liatives, ja que aquest servei es caracteritzen per un flux de pacients simultanis, un ràpid ritme de treball, una gran càrrega emocional, un temps limitat per prendre decisions diagnòstiques i terapèutiques, problemes en la comunicació, una restricció de l'espai arquitectònic, una plantilla amb un constant recanvi de gent sense experiència i un estat permanent de saturació. Aquests factors generen que la prestació d'atenció pal·liativa, en ocasions, resulti difícil en aquest servei (25).

En molts dels casos de pacients pal·liatius, els tractaments tradicionals que perllonguen la vida que s'ofereixen en els SU, no poden ser concordants amb els seus objectius, o fer front als símptomes pels quals necessiten atenció (26).

És per això que l'objectiu fonamental de les CP al SU, és obtenir el confort del pacient i de la seva família, fent que els procediments diagnòstics i terapèutics siguin els imprescindibles, sense recórrer a procediments desproporcionats, innecessaris ni agressius (6,25,27). A més, intenten aconseguir la millor qualitat de vida possible, incloent aspectes físics, psicològics, socials i espirituals, utilitzant un enfocament interdisciplinari i col·laboratiu. Per assolir-ho, s'inclouen l'avaluació i tractament del dolor i altres símptomes, l'ajuda en la presa de decisions mèdiques complexes, suport pràctic, espiritual i psicosocial i la coordinació de l'atenció i serveis del dol (26). Múltiples autors (6,26,27) afirmen els beneficis d'aplicar CP als serveis d'urgències hospitalaris, ja que disminueixen els costos, milloren els símptomes, clarifiquen els objectius dels cures, augmenten la satisfacció i faciliten l'alta.

A. Motius de consulta del pacient en situació de fi de vida al Servei d'Urgències

La comunicació interdisciplinària entre els diferents nivells assistencials i l'adequada informació per l'especialista o el metge d'Atenció Primària sobre el

procés d'evolució de la malaltia, haurien d'evitar l'arribada de la majoria dels pacients en situació de fi de vida al SU (20).

Però la realitat, tal i com senyala EM. Wallace (28), és que els pacients amb una malaltia avançada i terminal es presenten al SU per diversos motius. En concret, el 40% d'aquests pacients acudeixen al servei d'urgències hospitalari en les últimes dos setmanes de vida.

Alguns dels motius de consulta més freqüents son els següents (5,6,24,25):

- Aparició de nous símptomes, en ocasions de gran rellevància clínica (dispnea aguda, hemorràgies, convulsions, etc.)
- Símptomes menys importants però que poden descompensar l'ambient dels cuidadors per desconèixer el seu significat o per esdevenir en moments de difícil accés al equip terapèutic (caps de setmana, dies festius, etc).
- Incorrecte control dels símptomes coneguts
- Claudicació familiar o dels cuidadors.
- Situació agònica
- No acceptació del procés de la mort en el domicili.
- Falta de recursos socials

B. Actuació

La primera actuació que s'ha de realitzar quan el pacient arriba al SU és transmetre tranquil·litat i seguretat al pacient i a la família per tal de refermar el grau de confiança (2,22,29,30).

En segon lloc, s'ha d'identificar mitjançant una valoració pertinent al pacient en situació de fi de vida i les seves necessitats. Si el pacient està somnolent, valorar el llenguatge no verbal per detectar el dolor o l'agitació, i si està conscient, ell mateix, marcarà les seves pròpies necessitats (2).

La tercera actuació, és aplicar mesures de confort mitjançant el maneig terapèutic farmacològic i no farmacològic (2,22,30).

I en quart lloc, s'ha d'adequar l'organització arquitectònica i assistencial i valorar escrupolosament la idoneïtat de la realització de tècniques diagnòstiques o terapèutiques, sobretot si exigeixen desplaçaments i mobilitzacions (2).

B.1. Valoració

El primer imperatiu és esbrinar perquè el malalt acudeix al SU, i realitzar una avaluació ràpida de les necessitats de CP (6). Per aquest motiu, abans d'iniciar el tractament, s'han de determinar les causes i en quina mesura són modificables, l'estat general del pacient i quina és l'opinió terapèutica del pacient i de la seva família (29).

En primer lloc es començarà valorant la malaltia, ja que és imprescindible per determinar la situació evolutiva i identificar els criteris de terminalitat del procés. Els elements a considerar són el diagnòstic primari, els diagnòstics secundaris, la comorbiditat, els tractaments farmacològics, el compliment terapèutic, els efectes adversos medicamentosos i les al·lèrgies (13,31).

En segon lloc es realitzarà una valoració física on s'avaluaran els signes i símptomes. (31,32). Un instrument que pot ser útil per la valoració simptomàtica és la Edmonton Symptom Assessment System (ESAS), es tracta d'una valoració global de 10 escales analògiques visuals que exploren 9 símptomes: dolor, astènia, anorèxia, nàusees, ansietat, depressió, benestar general, somnolència i dispnea. El desè símptoma queda obert per què es pugui afegir en funció del malalt (13,25,33). (*Annex 1*)

En tercer lloc, es realitzarà una valoració funcional, que permetrà establir decisions terapèutiques i desenvolupar criteris predictius de supervivència. Existeixen múltiples instruments per avaluar la situació funcional (31). Un d'ells és la Edmonton Functional Assessment Tool (EFAT), està basada en aspectes relatius al nivell d'alerta i comunicació, estat sensorial, mobilitat, balanç muscular, activitats bàsiques (ABVD) i instrumentals (AIVD) de la vida diària i dolor (13,34). (*Annex 2*). Una altra és la Palliative Performance Scale (PPS), s'utilitza en les fases avançades de la malaltia, i avalua la mobilitat, el nivell de la malaltia i el impacte sobre les ABVD, la capacitat d'autocura, la possibilitat d'ingesta via oral i el nivell de consciència (6,13,35). (*Annex 3*)

També és útil l'Escala de Karnofsky (KPS), dissenyada específicament per pacients oncològics. Consisteix en una classificació de l'estat funcional de 100 (vida normal) a 0 (defunció). L'avaluació és realitza a partir d'aspectes d'activitat, de treball i d'autocura (13,32,36). (*Annex 4*).

L'escala Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG), també pot ser útil per valorar l'evolució de les capacitats del pacient en les ABVD (13,37). (Annex 5)

En quart lloc, es realitzarà una valoració psico-emocional, que consistirà en identificar l'existència de malestar emocional i la causa, valorar reaccions emocionals no adaptatives i l'aparició de signes de depressió o ansietat de forma específica, a més d'altres processos psicopatològics que puguin aparèixer en l'evolució (31).

En cinquè lloc, es realitzarà una valoració espiritual, on s'avaluaran les necessitats psicològiques, filosòfiques o existencials que adquireixen especial rellevància en qüestions com el sentit de la vida i de la mort. També és recomanable valorar si existeixen disposicions ètiques, és a dir, un document de voluntats anticipades (DVA) (31). El DVA té com objectiu la protecció de l'autonomia de la persona i és una extensió del procés del consentiment informat en aquelles situacions en les que s'ha perdut la capacitat de concedir-lo. Si no existeix aquest document, però l'entorn familiar coneix la voluntat del pacient, els familiars són els que decideixen. Però si no existeix aquest document i l'entorn familiar s'inhibeix, la decisió li correspon a l'equip mèdic (2,31).

Per últim, es realitzarà una valoració per identificar si el pacient que acudeix al SU es troba en una situació d'últims dies (2,31). Es defineix la situació d'agonia o d'últims dies com aquell estat que precedeix a la mort en les malalties en que la vida s'extingeix gradualment. L'evolució sol ser progressiva, la duració és habitualment inferior a una setmana, i en el cas de disminució o pèrdua de consciència sol ser inferior a tres dies (2,22). Alguns dels signes i símptomes presents en aquesta situació són la disminució de l'apetit, de la interacció, del nivell de consciència, de la producció d'orina i afectació sensorial. També acompanyen canvis hemodinàmics com hipotensió, taquicàrdia, edemes i canvis respiratoris com secrecions traqueals, raneres, patró respiratori irregular, respiració Cheyne-Stokes ,etc. (2,22,30,32).

B.2. Informació i comunicació

La informació és fonamental, sobretot en una situació imprevista i angoixosa com la d'urgències (38). Qualsevol informació negativa sobre l'estat de salut constitueix una mala notícia, i és subjectiu de cada individu (39,40).

Per això, és important informar periòdicament al pacient i a la família de les mesures que es prenen, dels símptomes que poden aparèixer, dels resultats de les exploracions, de les possibles complicacions i de l'evolució del malalt (38,40).

Abans de procedir a donar la informació, el professional ha de revisar els objectius del pla terapèutic. El llenguatge verbal que ha d'utilitzar ha de ser concís i assequible, sense detalls innecessaris ni missatges exagerats, amb un to pausat. També, de forma progressiva però constant i amb calma, utilitzant frases curtes amb un vocabulari neutre sense abusar de tecnicismes, i sobretot, sabent escoltar (2). S'ha d'oferir suport verbal i no verbal, respectant els silencis, sense adoptar actituds de negació de la gravetat i mostrar sempre preocupació pel confort del pacient (2,38).

Un altre factor a tenir en compte és l'estructura arquitectònica i organitzativa, que no afavoreix el tractament del pacient en situació de fi de vida en el SU. Per garantir la màxima intimitat i comoditat, els SU han d'adaptar-se a la realitat de la demanda, buscant estratègies d'adequació dels espais arquitectònics, és a dir, col·locar al pacient en un box individual amb un ambient tranquil i donar la informació en un espai apropiat, evitant els boxes compartits i els passadissos (40,41) .

B.3. Pla d'intervenció

B.3.1. Mesures farmacològiques

En primer lloc, per aconseguir el confort del pacient, s'ha d'iniciar precoçment el tractament farmacològic dels símptomes i deixar previst una pauta condicionada a l'aparició de les diferents manifestacions. S'han d'utilitzar fàrmacs d'eficàcia demostrada a dosis adequades, amb pautes senzilles i fixes que controlin tots els símptomes que produeixin desconfort (6,22).

En segon lloc, s'elegeix la via d'administració (22). Si existeix dificultat per utilitzar la via oral, la via d'elecció és la via subcutània, ja que els pacients pal·liatius presenten una disminució important de la massa muscular. A més, la via subcutània és fàcil d'utilitzar, amb pocs efectes secundaris i complicacions i no limita el moviment del pacient (2). La via endovenosa és útil en el cas que

existeixi anasarca, rics d'hemorràgia, rebuig a altres vies per part del pacient o la necessitat d'utilitzar fàrmacs d'ús exclusiu per aquesta via (2,22,30)

No es recomana administrar seroteràpia, ja que la hidratació del pacient mitjançant la fluïdoteràpia no contribueix al control dels símptomes i pot empitjorar les secrecions respiratòries, els edemes, els vòmits i obligar al sondatge urinari en cas de retenció urinària (2).

I en tercer lloc, s'ha de procedir a controlar farmacològicament els símptomes (2,22).

Dolor:

En els pacients oncològics està present entre un 65% i 85% dels casos, i en un 74% dels pacients no oncològics. El dolor té unes característiques diferents en funció del temps d'evolució, de l'estímul dolorós i del mecanisme psicopatològic (42). És per aquest motiu, que el tractament del dolor dependrà del tipus i del mecanisme psicopatològic, i en funció d'aquests factors serà un tractament etiològic o simptomàtic. A pesar d'això, generalment, el dolor no sol ser un problema si abans ha estat ben controlat, ja que la majoria de pacients en situació de final de vida reben tractament amb opioides via oral o transdèrmica (30).

Per tant, quan aquests pacients arribin al SU, s'haurà de mantenir l'analgèsia i únicament passar de la via oral a la via subcutània en dosis equivalents a mesura que el pacient deixa de deglutir, o bé mantenir la via transdèrmica (30).

S'han d'utilitzar fàrmacs del tercer esglaó com la morfina, i la dosi adequada per combatre el dolor és la dosi mínima requerida per obtenir l'efecte farmacològic desitjat (2). Es poden augmentar, gairebé indefinidament, els requeriments d'analgèsia quan incrementa el dolor, augmentant la dosi un 33% (29). A més, no es poden prescriure a demanda, sinó a intervals fixes per aconseguir la seva màxima efectivitat (30).

No s'han d'administrar diversos opioides a la vegada per controlar el dolor refractari, ja que poden interaccionar entre sí disminuint la seva efectivitat (2,29).

Dispnea:

La dispnea és la causa més freqüent d'ingrés al SU en pacients en últims dies i afecta seriosament a la qualitat de vida (42). Per determinar si el pacient presenta dispnea, s'ha de valorar la presència de taquipnea, taquicàrdia, pal·lidesa o cianosis, l'expressió facial, el nivell d'ansietat, la capacitat per parlar i realitzar oracions completes i la presència d'ús de la musculatura respiratòria accessòria (6).

És un símptoma de difícil control que genera una gran ansietat al pacient i a l'entorn familiar (2). Per aquest motiu l'objectiu anirà dirigit a alleujar la sensació de dispnea però també l'ansietat (30).

El tractament de primera línia per aquest símptoma són els fàrmacs opioides sistèmics (6,29,42). Es recomana utilitzar Morfina quan el pacient utilitza la musculatura respiratòria accessòria i utilitzar Midazolam quan el pacient utilitza la musculatura abdominal (2). Si el pacient no està tractat prèviament amb Morfina, la dispnea ha de tractar-se en dosis baixes. Però si ja rep tractament, s'ha d'augmentar la dosis en un 30-50% (30).

Els fàrmacs opioides nebulitzats no presenten efectes pel tractament de la dispnea en aquest pacients, a més està molt controvertit el seu ús ja que pot produir broncospasme (30,42). De la mateixa manera, els broncodilatadors i els corticosteroides poden ser utilitzats en cas d'obstrucció revocable de la via aèria, però no pel tractament de la dispnea en aquest pacients, ja que el seu efecte no ha estat demostrat (42).

A més, s'ha d'administrar oxigenoteràpia a demanda quan hi hagi presència d'hipoxèmia o ansietat mitjançant ulleres nasals. I s'han d'evitar les mascaretes ja que produeixen més sensació d'ofec (2,42).

Per combatre l'ansietat produïda per aquest símptoma, es pot considerar acompanyar els opioides amb un ansiolític tipus benzodiazepines (6,29,30).

Síndrome confusional agut o Deliri:

El Deliri és un trastorn neurològic orgànic que ocasiona un estat de confusió agut, amb canvis en l'atenció i en la percepció (2,42). Està present en un 85% de pacients en situació de final de vida (42). És una afecció angoixosa pel pacient i per la família, que fa que sigui una de les causes més freqüents d'ingrés al SU al final de la vida del pacient (42).

L'objectiu del tractament del deliri és calmar al pacient i ajudar a recuperar l'habilitat per comunicar-se (42). Però abans d'iniciar qualsevol pauta farmacològica, s'han de descartar processos intercurrents (2). Els factors etiològics han de ser detectats i tractats si és possible, perquè el 50% són desencadenats per una causa reversible (30).

El maneig farmacològic del deliri està indicat en els pacients amb agitació o alteració en la percepció amb presència d'al·lucinacions, i no és necessari en pacients amb deliri hipoactiu (pacients amb letargia i reduïda activitat psicomotora) (30).

Pel seu tractament s'han de retirar tots els fàrmacs innecessaris i procedir a l'ajustada rehidratació. A més, s'ha de prestar especial atenció amb l'ús, dosis i via d'administració dels opioides, així com, també valorar cuidadosament qualsevol decisió de disminució de la dosi (30). El fàrmac d'elecció és l'administració d'Haloperidol via subcutània, ja que té un potent efecte antipsicòtic i un escàs efecte sedant. Però quan el símptoma no s'aconsegueix controlar després de l'administració de tres dosis d'Haloperidol, s'ha d'administrar Midazolam, que no té efecte antipsicòtic però presenta un potent efecte sedant. I si a pesar dels fàrmacs administrats, el símptoma és refractari, s'ha de considerar la sedació pal·liativa (2,30,42).

Nàusees i vòmits:

Existeixen múltiples etiologies: ansietat, obstrucció intestinal, alteracions vestibulars, alteracions metabòliques, el tractament farmacològic, infecció o inflamació, el tumor, etc. (6).

Per tractar les nàusees i els vòmits en aquest pacients s'han de descartar els antagonistes 5-HT₃, les ortopramides i els antihistamínics, i substituir-los per haloperidol per via subcutània, levomepromazina en pacients amb obstrucció intestinal i dexametasona en pacients amb hipertensió intracranial (2,22,29). A més, es recomana l'administració concomitant d'un antiemètic i d'un opioide per prevenir les nàusees induïdes pel tractament amb opioides (2,6).



Raneres:

Les raneres són el soroll que produeix el pas de l'aire a través de les mucositats que s'acumulen a la laringe, la tràquea i els bronquis a causa de la debilitat del pacient per expulsar-los. Apareixen en la majoria de pacients agònics i produeixen una gran angoixa a la família, per això és important explica'ls-hi que, quan apareixen, el malalt sol estar inconscient i no li produeix dificultat respiratòria (2,22,30).

L'objectiu del tractament va dirigit a assecar les secrecions. Es recomana utilitzar anticolinèrgics i no retirar a pesar de la milloria o desaparició dels símptomes. El fàrmac d'elecció és l'Escopolamina, conjunta amb Midazolam per prevenir l'agitació associada a l'ús d'aquest fàrmac (2).

Els líquids poden contribuir a augmentar les secrecions, per aquest motiu la hidratació s'ha d'interrompre o disminuir-la (30).



Febre:

La febre en aquest pacients pot estar originada per la destrucció tissular o per la deshidratació, i no per sobreinfecció. És fonamental explicar a la família que és un signe més de la situació de fi de vida, i que habitualment no incomoda al pacient (29,30). Per aquest motiu, només s'ha de tractar en els casos que produeixi malestar.

Els fàrmacs d'elecció són els antitèrmics per via subcutània com el Ketorolaco, el Metamizol i el Paracetamol (2,22). A més, s'ha de retirar o alleugerar la roba d'abric i no utilitzar compreses fredes perquè produeixen desconfort (29).

Hemorràgies:

Les hemorràgies poden ser causades per trastorns en els vasos sanguinis, alteracions plaquetàries o trastorns en la coagulació (42). És una situació de difícil maneig, especialment angoixosa pel pacient i per la seva família (2,42).

Per aquest motiu, sempre que existeixin factors de risc, s'han de tenir preparades tovalloles de color fosc, per disminuir el impacte visual del color vermell, i una xeringa precarregada amb Midazolam, que s'administrarà, quan s'iniciïn les hemorràgies, cada 5 minuts via subcutània fins aconseguir la sedació del pacient (2,30). A més és col·locarà el pacient en posició de decúbit lateral per prevenir la broncoaspiració en cas de hematèmesis o hemoptisis (2,42).

L'estabilització hemodinàmica mitjançant transfusions d'hemoderivats està controvertida en aquests pacients, ja que la majoria tenen de directrius mesures de comoditat i no realitzar mesures agressives (42).

Mioclònies o convulsions:

El tractament inicial és mantenir la seguretat del pacient i assegurar una correcta oxigenació mantenint la via aèria oberta (42). Sempre que la causa de les mioclònies o convulsions sigui reversible, el tractament anirà dirigit a tractar la etiologia desencadenant. En el cas que aquesta no sigui tractable, el grup farmacològic d'elecció són les Benzodiazepines, en concret el Midazolam, que s'administrarà via subcutània o intravenosa fins que desaparegui la crisi (29,30,42).

Sedació:

Es considera símptoma refractari aquella situació que no pot ser controlada de manera adequada, a pesar dels esforços per trobar un tractament tolerable, sense comprometre la consciència del pacient (22). L'existència d'aquest símptomes ha de plantejar valorar l'opció de la sedació (2,22).

La sedació d'un malalt pal·liatiu és una decisió complexa, que comporta implicacions físiques, ètiques i morals, sobretot quan fa referència a la sedació profunda, sent aquest l'objectiu primari de la intervenció.

Per indicar una sedació, i que aquesta es consideri ètica i legalment lícita han de complir-se aquests requisits (2,30):

- Existència d'un o més símptomes refractaris a tractaments previs.
- Respectar els desitjos expressats pel pacient mitjançant el consentiment informat i, si no és factible, pel de la seva família.
- Consens amb l'equip assistencial i l'entorn familiar amb la presència de dos professionals i dos familiars.
- L'objectiu de la sedació ha de ser alleujar el sofriment provocat pel símptoma.
- Utilitzar la dosi adequada i proporcionada al símptoma (dosi mínima eficaç), ajustar la dosi al nivell de consciència, reversibilitat i ús de fàrmacs de ràpida metabolització i vida mitja curta. A més, s'ha d'avaluar l'efectivitat de la sedació mitjançant l'escala Ramsay.
- Deixar constància en la història clínica del pacient la etiologia del símptoma, els tractaments instaurats i la resistència a aquests.

B.3.2 Mesures no farmacològiques

Les mesures no farmacològiques cobren la mateixa importància que les farmacològiques (22,30). A pesar de les condicions assistencials dels SU, és de vital importància respectar el confort, la imatge corporal i la intimitat del pacient (22).

Canvis posturals:

En aquests pacients, els canvis posturals són de gran importància per obtenir posicions antiàlgiques i prevenir úlceres per pressió. S'han de realitzar amb suavitat, utilitzant coixins per aconseguir la posició adequada (2). S'han de realitzar cada 4-6 hores, però s'han d'evitar els canvis posturals freqüents si el malat es troba còmode, ja que en ocasions la mobilització és dolorosa (30).

Cures de la pell:

Les cures de la pell són una altra mesura que contribueix a la comoditat del pacient, s'ha de mantenir net i confortable en tot moment (2,22,30). S'ha de realitzar la higiene i el canvi de llençols amb suavitat, si el pacient està estable.

Si li ocasiona molèsties al pacient, es pot administrar Clorur mòrfic o Midazolam subcutani 15 min abans de la seva realització (30). Després de realitzar la higiene, s'ha d'assecar la pell, sobretot en les zones de plecs, i donar massatges amb crema hidratant incloent a la família en la seva cura, sempre que no molesti al pacient o li causi dolor (2,30).

Si existissin úlceres, l'objectiu és evitar el dolor mitjançant l'aplicació tòpica d'anestèsics locals i la realització dels canvis posturals. També, evitar el mal olor mitjançant l'aplicació de gel de metronidazol al 2% i apòsits de carbó actiu. A més, es tractaria el sagnat mitjançant l'aplicació d'adrenalina tòpica cada 6 hores i compressió amb gasses (2).

De la mateixa manera, és important la prevenció de nafres protegint les zones de risc com talons, colzes, etc. i mantenint els llençols nets i sense arrugues (30).



Cures de la boca:

La mucosa oral i la via respiratòria alta és poden assecar per la oxigenoteràpia, els fàrmacs, la deshidratació, etc. (30). Les intervencions sobre la cavitat oral proporcionen un elevat grau de confort al malalt (2).

En primer lloc, s'ha de retirar la dentadura postissa si no està ben adaptada per prevenir desplaçaments. Si està ben fixada, s'ha de netejar mitjançant una turunda o un raspall dental infantil incloent a la família en la cura (2,22). En segon lloc, si existeixen erosions en la cavitat bucal, s'ha d'administrar lidocaïna al 2% o topicaïna en vaporitzador (2).

També, és important hidratar amb freqüència la boca mitjançant gasses humitejades amb aigua perquè el reflex de succió es conservi fins l'últim moment de vida, i la sequedat dels llavis i de la mucosa oral no produeixi dolor (2,29). Està demostrat, que en aquests pacients, les cures locals són més efectives per disminuir la set que la hidratació amb sèrums (22). No s'han d'utilitzar col·lutoris que continguin alcohol ja que ressequen. Tampoc utilitzar vaselina ja que al ser hidròfoba produeix més sequedat si el pacient està deshidratat (2).

Control de la dispnea:

A pesar de les mesures farmacològiques esmentades anteriorment, les no farmacològiques adquireixen la mateixa importància en el control de la dispnea (22).

La posició del pacient contribueix a una millora de la respiració. Si està conscient, la posició de Fowler afavoreix la ventilació pulmonar, i si està inconscient la semipronació evita la broncoaspiració (2,22).

A més, s'ha d'eleva el cap del pacient amb el coll lleugerament flexionat i permeabilitzar la via aèria netejant les fosses nassals amb sèrum salí. De la mateixa manera, pot alleujar la dispnea, retirar les peces restrictives, no deixar al pacient sol, ajudar a que es relaxi amb paraules o exercicis respiratoris o obrir la finestra (30).

Si existeixen secrecions no s'han d'aspirar, ja que només aconseguixen un efecte de curta duració a expenses d'un gran malestar, pel que no és una tècnica recomanable (2,22). Es pot realitzar només quan el pacient estigui inconscient, les secrecions estiguin a orofaringe i per tranquil·litzar a la família (22,29,30).

Alimentació:

La dieta ha d'adaptar-se al nivell de consciència del malalt (30). De totes formes, no hi ha dades que demostrin que la nutrició asseguri un millor control simptomàtic en situació de fi de vida (30,43). Per tant, el pacient és qui ha de sol·licitar quan vol menjar o beure (43). És important destacar, que no s'ha d'iniciar nutrició enteral o parenteral en aquesta fase, a pesar de que la família insisteixi (30).

Control del restrenyiment:

Els símptomes digestius són molt freqüents en el pacient pal·liatiu, i la seva freqüència augmenta a mesura que avança el procés, i té una gran repercussió en la qualitat de vida del pacient. És important suprimir o reduir els fàrmacs que generen restrenyiment i estimular la mobilització intestinal. A més, l'elecció del laxant dependrà del mecanisme causant, de les característiques de les femtes i del temps de latència del fàrmac (29).



Control de la incontinència urinària o de la retenció urinària:

En diverses ocasions, aquests símptomes solen produir agitació, és per això que sempre que el pacient estigui agitat s'haurà de comprovar si alguna d'aquestes condicions, en especial la retenció urinària, són la causa del símptoma (2).

B.3.3. Limitació de l'esforç terapèutic

En l'etapa final de la vida freqüentment es procedeix a la limitació de l'esforç terapèutic (LET) (44,45). La LET és un concepte que engloba la decisió de no aplicar mesures extraordinàries o desproporcionades per la finalitat terapèutica que es planteja en un pacient amb mal pronòstic vital o mala qualitat de vida, al considerar que no pot ajudar al pacient a sobreviure o que ho farien a costa d'una qualitat de vida insuportable (2,44). La LET permet la mort en el sentit de que no l'impedeix, però en cap cas la produeix (45).

Per tant, és important destacar que la LET no és cap forma d'eutanàsia, ja que no equival a allargar de manera desproporcionada la vida biològica, però tampoc significa propiciar la mort (44,45). En canvi, l'eutanàsia és la mort del pacient en una situació de capacitat per petició seva en un temps estipulat, en un context de sofriment provocat per una malaltia incurable que el pacient experimenta com inacceptable i que no pot ser mitigada per altres medis (2). A diferència de l'eutanàsia, que no està acceptada legalment al nostre país, la LET està justificada des d'una perspectiva de justícia ja que millora l'aprofitament de recursos i evita la futilitat, de no maleficència ja que evita l'acarnissament terapèutic, de beneficència ja que respecta la dignitat de la persona, i si és possible, de l'autonomia del malalt (38).

Per dur a terme la LET, és fonamental col·locar el malalt en un lloc tan íntim com sigui possible, on la família pugui acompanyar-lo, lluny de sorolls, d'anades i vingudes i de converses inadequades (factors molt presents en el SU) (44). També, cal evitar les actuacions agressives i molestes que no tinguin com a objectiu el confort del malalt, i cal potenciar les que el tinguin. A més, un cop aprovada aquesta condició, es poden limitar algunes mesures ja instaurades i decidir els terminis per fer-ho correctament (38,44).

B.3.4. Derivació a equips específics de cures pal·liatives

Un equip de suport de cures pal·liatives és un recurs compostat per un equip interdisciplinari que intervé com a consultor d'equips convencionals amb diferents nivells d'intervenció o sistema integral i que no disposa de llits específics (17).

L'existència dels Equips de Suport Hospitalari en CP (ESHP) en el SU ajuda en molts aspectes, ja que gràcies a la seva atenció especialitzada, augmenta la satisfacció dels pacients i els seus familiars, millora la simptomatologia i disminueix les mesures agressives al final de la vida, evita ingressos hospitalaris innecessaris, alleuja el impacte de la mort en la família, etc. A més, contribueix a la formació dels professionals sanitaris que treballen en el SU sobre les cures de confort el les últimes fases de la malaltia (20,25). Per tant, un ESHP accessible és una eina valuosa en un SU amb una elevada carrega assistencial, on probablement els professionals sanitaris no estan acostumats a tractar amb pacient que requereixen CP (25). El problema d'aquest recurs és que només està present en l'hospital durant el torn de matí dels dies laborables de dilluns a divendres (17).

3.2. FORMACIÓ DELS PROFESSIONALS D'INFERMERIA EN CURES PAL·LIATIVES

L'evidència afirma que la formació sobre CP és un factor important en la preparació dels professionals i estudiants d'infermeria per poder realitzar una correcta atenció pal·liativa, i que s'ha d'iniciar des del pre-grau (46).

3.2.3. Formació pre-grau

La formació de pre-grau s'ha destacat com una de les accions amb major impacte a mig-llarg termini sobre l'efectivitat de les CP (46).

Quan es van iniciar les CP, l'atenció prestada a aquesta àrea en les escoles d'infermeria era insuficient. Disposaven d'escassos programes i només es dedicaven un reduït nombre d'hores a aquest tema. A més, es prestava poca atenció als serveis de salut i el personal docent sovint mancava de qualificacions especialitzades relacionades amb el procés de morir (47).

No obstant, aquesta situació ha experimentat una ràpida transformació. L'any 2006, a Espanya, l'ensenyança de CP va ser inclosa en el pla d'estudis de pre-grau en gairebé totes les escoles d'infermeria (48). Actualment totes les facultats d'infermeria d'Espanya tenen competències en cures pal·liatives, però existeixen diferències importants en com s'imparteixen. Es cursa en forma d'assignatura obligatòria en el 47% d'elles, en el 15% com una assignatura optativa i en el 38% com un mòdul específic dintre d'altres assignatures (48,49).

Pel que fa als crèdits hi ha una gran variabilitat, sent la mitja 4,7 crèdits. En les universitats en que l'assignatura és obligatòria predominen els 6 crèdits, en canvi, en les que és optativa predominen els 3 crèdits (49).

Per tant, la formació no és homogènia en tot el país. Mentre que a Extremadura, La Rioja, la Comunitat Valenciana i Galícia el 100% dels estudiants d'infermeria reben formació bàsica en CP, en altres comunitats autònomes com són Catalunya, Andalusia, Castella i Lleó, Castella- La Manxa, Madrid, les Illes Balears i Navarra, no existeix l'assignatura obligatòria com a tal en totes les seves universitats. No obstant, crida més l'atenció el cas d'aquelles comunitats en que algunes de les seves universitats no imparteixen l'assignatura, com és el cas d'Aragó i Canàries (49).

Pel que fa a Catalunya, és curiós que sent un referent internacional en CP reconegut per la OMS, només 3 de les 19 facultats d'infermeria de Catalunya imparteixen l'assignatura com obligatòria, 5 com una assignatura optativa i les 11 restants com un mòdul dins d'altres assignatures (49).

La majoria de plans d'estudi que inclouen les CP dins dels seus programes tracten temes bàsics de l'atenció pal·liativa com conceptes generals i objectius de les CP, control dels símptomes, maneig de la via subcutània, aspectes relacionats amb habilitats en la comunicació, cures d'infermeria, valoració, suport de la família i abordatge de les necessitats socio-familiars i espirituals, el maneig del dol, situació d'últims dies, agonia i sedació pal·liativa. En pocs programes formatius s'inclou l'abordatge integral del nen i del adolescents en situació pal·liativa (50,51).

Però els dominis de competències bàsiques que seria important d'adquirir en el pre-grau son: els problemes espirituals, sociològics, culturals i psicològics, l'entrevista i les habilitats de comunicació, el maneig de símptomes freqüents, els aspectes ètics i l'autoconeixement i autoreflexió (51).

És factible i essencial incorporar continguts sobre les cures dels pacients en situació de fi de vida i de les seves famílies en els plans d'estudi d'infermeria, per poder orientar i preparar als estudiants per cuidar i interactuar amb els pacients pal·liatius (51). A més, la facultat ha de proporcionar models de conducta per ensenyar habilitats i comportaments essencials en l'atenció al final de la vida, com ho son la comunicació, la empatia i el control dels símptomes (51).

És important destacar, que no només és rellevant la quantitat de temps dedicat, també ho són les estratègies d'ensenyança (46). La formació en CP en la majoria de facultats es entregada a través de mètodes teòrics en forma de classes teòriques i discussió en grups reduïts . No obstant, aquestes modalitats didàctiques no proporcionen l'oportunitat als estudiants d'examinar les seves reaccions personals i no requereixen la participació activa d'aquests, pel que no profunditzen en el seu aprenentatge (46).

L'ensenyança de CP en altres països és diferent que a Espanya. Per exemple al Regne Unit, el 95% dels estudiants d'infermeria reben formació bàsica en atenció pal·liativa, ja que s'ha anat incorporant gradualment com una part del programa de formació bàsica (47). En canvi, a Estats Units, només el 3% de les facultats d'infermeria dedica hores a la formació en cures al final de la vida (46).

La European Associations for Palliative Care i la SECPAL recomanen l'obligatorietat de la formació en CP en les universitats. El desenvolupament de nous plans d'estudi proporciona una oportunitat ideal per integrar i incorporar el contingut de l'atenció pal·liativa en el grau d'infermeria, ja que els estudis afirmen que els estudiants d'infermeria no estan preparats per realitzar aquest tipus de cures quan es troben en la situació relacionada amb el procés de morir (49).

3.2.2. Formació postgrau

La formació dels professionals és indispensable per prestar unes cures de qualitat. A més, la importància de la formació en CP és àmpliament reconeguda (49). La AECPAL, com una societat federada a la SECPAL i a la Unió Espanyola de Societats Científiques d'Infermeria (UESCE), proposa la formació postgrau d'Infermeria en cures pal·liatives dins de la especialitat de Cures Medicoquirúrgiques. Postula la formació específica dels professionals d'infermeria en la Comissió Nacional de la Especialitat de Cures Medicoquirúrgiques que es va constituir l'any 2007, i ha elaborat una proposta de definició de competències específiques d'infermeria en CP. Actualment només es reconeix la Infermeria de cures pal·liatives com especialitat a Canadà, Regne Unit i EE.UU. (52).

A Espanya, es diferencien tres nivells de formació: bàsic, intermedi i avançat, que tenen objectius, mètodes i prioritats diferents (49,52,53).

El nivell bàsic té l'objectiu d'obtenir la impregnació dels procediments terapèutics habituals en CP. Està dirigit fonamentalment a conèixer les actituds i coneixements generals, com són els principis, les possibilitats i l'organització de les CP i les principals causes de desconfort del malalt en situació de fi de vida. També reconèixer la informació i la comunicació com una part del procés terapèutic i ser capaç de trobar una estratègia terapèutica bàsica. Ha de ser universal, preferentment en pre-grau, per tots els professionals de la salut. I per tal d'assolir una cobertura elevada en els professionals que ja han realitzat la seva formació pre-grau, ha d'estendre's fins els plans de formació continuada (49,52,53). Existeixen diferents mètodes didàctics, amb una duració de 20-40 hores, incloent cursos bàsics interdisciplinaris, cursos a distància i cursos adaptats a situacions concretes (49,52).

La formació de nivell intermedi té l'objectiu d'ampliar la formació bàsica a nivell de postgrau per millorar els coneixements dels professionals que tenen un major contacte amb el malalt en situació pal·liativa. Per tant, va dirigit a aquells professionals que estan relacionats fonamentalment amb àrees d'oncologia, hematologia, medicina interna, anestesiologia, geriatria i malalties infeccioses. A més, és imprescindible la formació progressiva de nivell intermedi pels

professionals dels equips d'atenció primària com responsables de les CP en l'àmbit comunitari (52,53). Inclou la realització de cursos de 60-80 hores i les estàncies en UCP, per facilitar els coneixements i habilitats necessàries pel treball assistencial diari amb els pacients, comptant amb el suport d'equips específics quan sigui necessari (52).

El nivell avançat té l'objectiu de proporcionar i garantir competència professional als integrants dels equips específics de CP per poder donar resposta a situacions complexes d'atenció (52,53). Per adquirir aquestes competències, s'ha de realitzar un curs avançat en CP, amb una duració equivalent a l'establerta en crèdits docents en els títols de postgrau de major rang en la universitat (40-50 crèdits). Una altra via per adquirir la formació avançada són les estàncies superior a tres mesos en serveis competents que contin amb una àmplia experiència, prestigi professional, pràctica clínica basada en proves científiques i acreditació docent (52). Actualment a Espanya existeixen sis cursos màster en cures pal·liatives, i un d'ells es realitza a Catalunya (53).

3.2.3. Formació dels professionals d'infermeria en el Servei d'Urgències

Els professionals del SU en ocasions es veuen en l'obligació d'atendre a pacients en situació de fi de vida, i no sempre compten amb el suport d'un equip específic de CP. Per aquest motiu, per tal d'optimitzar la qualitat assistencial al final de la vida i satisfer les necessitats dels pacients i dels seus cuidadors, és necessari que comptin amb un nivell de formació bàsic (52). A més, és important el desenvolupament de plans formatius interns que contemplin aspectes de CP, reforçant aspectes de control de símptomes, aspectes emocionals i de comunicació, ètica clínica, planificació de les decisions anticipades i gestió de casos (52).

4. Justificació

En els últims anys, existeix una major tendència del nombre de pacients amb MT que ingressen en el SU en els últims mesos de vida. A Espanya, entre el 23-46% d'aquests pacients acudeixen al SU en l'últim mes de vida per quadres de dispnea, agitació, delirium, dolor o altres signes que la família es veu incapaç d'afrontar en el domicili (21). En concret, a Catalunya, el 54% dels ciutadans moren hospitalitzats, i d'aquest grup, un 35% ho fan en el SU (2).

Els SU no són els serveis més adequats per atendre als pacient pal·liatius, ja que existeixen diferents factors que deriven en una atenció inadequada a aquests pacients, aplicant-se mesures pal·liatives només en el 25% dels casos, percebent-se un mal control del dolor i d'altres símptomes (21). Es pot afirmar que en els SU s'instauren desiguals mesures pal·liatives a pacients oncològics i en menor proporció a pacients amb malalties no oncològiques a causa de la varietat de criteris mèdics entre les múltiples especialitats que integren la via mèdica del pacient (2). Tot això, condueix a un procés de morir no confortable, ja que els professionals sanitaris no estan formats en el maneig d'aquests pacients (2,50).

Aproximadament més de 200.000 persones a Espanya presenten una MT, i donat que la majoria d'aquestes persones requerirà atenció pal·liativa, és important que infermeria posseeixi d'aquests coneixements per respondre eficaçment a les seves necessitats en qualsevol servei on es trobi (48). A més, els plans d'estudis de les universitats d'infermeria ofereixen breus coneixements sobre mesures pal·liatives, comunicació i habilitats emocionals per cobrir la resposta professional científica i humana a les múltiples necessitats que precisen els pacients pal·liatius (48,49).

L'evidència científica afirma els beneficis dels coneixements en cures pal·liatives dels professionals d'infermeria sobre els pacients terminals oncològics i no oncològics (48–52). Per exemple, un estudi revisat per B. Crotwell (51), va senyalar que els professionals d'infermeria que han estat formats en atenció pal·liativa, son capaços d'organitzar i planificar el procés de morir, i desenvolupen actituds positives cap a les cures dels pacients en situació de fi de vida i son

menys propensos a sentir ansietat. En canvi, els professionals que no tenen aquesta formació, presenten ansietat i dificultats per lidiar el procés de morir i la mort, i per això limiten la seva participació en l'atenció d'aquests pacients.

També, en un estudi realitzat per la Oncology Nurse Society (49), el 25% de les infermeres participants van manifestar no estar preparades per atendre a pacients en situació de fi de vida, ja que no disposaven de la formació bàsica.

Tot això suggereix la necessitat de millorar la formació dels professionals d'infermeria del SU. Per aquest motiu, seria interessant oferir una intervenció per tal de formar als professionals d'infermeria del SU en cures pal·liatives.

Partint d'aquesta premissa, es planteja la següent hipòtesi:

"La realització d'un programa formatiu específic en cures pal·liatives, als professionals d'infermeria del SU, contribuirà a una millora de l'atenció dels pacients en situació de fi de vida a aquest servei, enfront d'aquells que no rebin aquesta formació. "

5. OBJECTIUS

Per tot el que s'ha exposat anteriorment, es planteja com a objectiu principal:

- Valorar l'efectivitat d'un programa formatiu realitzat als professionals d'infermeria del Servei d'Urgències per afrontar l'arribada dels pacients en situació de fi de vida i assumir el seu tractament integral.

Els objectius específics són els següents:

- Aconseguir que el professional d'infermeria del Servei d'Urgències identifiqui el pacient que requereix tractament pal·liatiu.
- Aconseguir que el professional d'infermeria del Servei d'Urgències apliqui mesures de confort mitjançant el maneig terapèutic farmacològic i no farmacològic dels diferents símptomes.
- Contribuir a que el professional d'infermeria del Servei d'Urgències proporcioni un suport emocional eficaç al pacient terminal i a la seva família.

6. METODOLOGIA

Per poder aconseguir els objectius plantejats, s'ha dissenyat una intervenció adreçada als professionals d'infermeria, i per tal de fer possible aquest disseny, s'ha seguit la següent metodologia de treball.

6.1. Metodologia de la cerca

Es realitza una revisió bibliogràfica per recopilar i sintetitzar la informació científica sobre l'atenció pal·liativa més adequada en el SU i la formació que han de rebre els professionals que treballen en aquest servei per poder atendre de manera integral al pacient en situació de fi de vida.

Per la realització de la cerca bibliogràfica es realitza, des de el mes d'octubre fins finals de desembre de l'any 2015, diverses recerques en les següents bases de dades: Pubmed, Cuiden Plus, Biblioteca Cochrane Plus, SCOPUS i Google Scholar, utilitzant una combinació de paraules claus: "Palliative Care", "Terminal Care", "Emergency Nursing", "Emergency Medicine", "Emergency Department", "Cuidados Paliativos", "Urgencias", "Education Nursing", "Formación Enfermería", etc. (*Annex 6*)

Els criteris d'inclusió utilitzats van ser els següents:

- Articles seleccionats des de l'any 2009 a l'any 2015
- Estudis originals
- Assaigs clínics
- Articles de revisions sistemàtiques i metanàlisis
- Estudis realitzats a Europa, EEUU i Canadà.
- Articles de lliure accés

I els criteris d'exclusió van ser els següents:

- Comentaris
- Opinions en les revistes
- Estudis pediàtrics

El idioma en el que es trobaven escrits els articles no va ser criteri d'exclusió, sent la majoria en castellà i anglès.

Durant la cerca bibliogràfica en les bases de dades es va realitzar una lectura dels títols i resums dels articles, d'aquesta manera van ser seleccionats aquells articles que s'aproximaven a la hipòtesi i objectius plantejats.

6.2. Síntesis de l'evidència trobada

Els pacients en situació de fi de vida acudeixen als SU en els últims mesos de vida, i entre el 23% i el 46% d'aquests pacients acudeixen per quadres de dispnea, agitació o delirium, dolor, crisis comicials o signes d'agonia que la família es veu incapaç d'afrontar (21).

L'objectiu fonamental de les CP al SU, és obtenir el confort d'aquests pacient i de la seva família, fent que els procediments diagnòstics i terapèutics siguin els imprescindibles, sense recórrer a procediments sofisticats, innecessaris ni agressius (2). Per assolir-ho, s'inclouen l'avaluació i tractament del dolor i altres símptomes onerosos, l'ajuda en la presa de decisions mèdiques complexes, suport pràctic, espiritual i psicosocial, la coordinació de l'atenció i serveis de dol (26). Per aconseguir el control dels símptomes s'ha d'iniciar precoçment el tractament farmacològic. S'han d'utilitzar fàrmacs d'eficàcia demostrada a dosis adequades, amb pautes senzilles i fixes que controlin tots els símptomes que produeixin desconfort (22). A més, s'han d'aplicar les mesures no farmacològiques adequades, que cobren la mateixa importància que les farmacològiques (22,30).

Múltiples autors (12,26,27) afirmen els beneficis d'aplicar CP als serveis d'urgències hospitalaris, ja que disminueixen els costos, milloren els símptomes, clarifiquen els objectius de les cures, augmenten la satisfacció i faciliten l'alta.

Molts SU compten amb l'existència dels Equips de Suport Hospitalari de Pal·liatiu (ESHP), que pot aportar múltiples beneficis assistencials i econòmics. A més, contribueix a la formació dels professionals sanitaris que treballen en el SU. Però aquest recurs només està present en l'hospital durant el torn de matí dels dies laborables de dilluns a divendres (20,21,25). Es per això, que els professionals d'infermeria del SU requereixen de coneixements i d'habilitats especials per poder superar els obstacles i garantir les condicions més favorables pel pacient que es troba en situació de fi de vida i la seva família (25).

A més, l'evidència afirma que la formació sobre CP és un factor important en la preparació dels professionals i estudiants d'infermeria per poder realitzar una correcta atenció pal·liativa, i que s'ha d'iniciar des del pre-grau (46).

A Espanya, es diferencien tres nivells de formació: bàsic, intermedi i avançat, que tenen objectius, mètodes i prioritats diferents (49,52,53). En el cas dels professionals del SU, és necessari que comptin amb un nivell de formació bàsic, i així ser capaços d'optimitzar la qualitat assistencial al final de la vida i satisfer les necessitats dels pacients i dels seus cuidadors (52).

6.3. Població diana

La població diana a qui s'impartirà la intervenció serà als professionals d'infermeria del Servei d'Urgències de l'Hospital Arnau de Vilanova (HUAV), que sovint tenen contacte i relació amb pacients pal·liatius i els seus familiars, el que els obliga a portar a terme una atenció directa de pacients amb malalties en fase avançada o terminal.

Els criteris d'inclusió per formar part de la intervenció són els següents:

- Professionals d'infermeria
- Estabilitat en el Servei d'Urgències
- Acceptar de manera voluntària participar al programa formatiu

I els criteris d'exclusió són els següents:

- No acceptar el compromís d'assistir a les sessions del programa.
- Professionals que no pertanyin al Servei d'Urgències

6.4. Intervenció

La formació dels professionals d'infermeria del SU és primordial per optimitzar la qualitat assistencial al final de la vida i satisfer les necessitats dels pacients i els seus cuidadors. És per això que es realitza aquest programa formatiu, en el que s'impartirà formació bàsica per adquirir coneixements, habilitats i actituds en front el procés de fi de vida.

L'objectiu principal d'aquest programa formatiu és adquirir o actualitzar els coneixements sanitaris bàsics ens CP per poder proporcionar una assistència de qualitat als pacients que es trobin en fase de final de vida al SU, així com a les seves famílies.

Els objectius específics del programa són els següents:

- Propiciar la sensibilització multidisciplinària necessària per la adequada integració de l'atenció a pacients pal·liatius en el SU.
- Proporcionar els coneixements i habilitats teòriques i pràctiques necessàries per un adequat maneig clínic, diagnòstic i terapèutic, i per una atenció integral a pacients i familiars.
- Entrenar en habilitats de comunicació i saber oferir suport emocional apropiat a pacients i familiars que ho necessiten.
- Conèixer les característiques que ha de complir el pacient per ser derivat a un servei específic de CP.
- Fomentar la investigació aplicada en l'àmbit de les CP.

La metodologia del programa consta, per una part, de teoria mitjançant continguts que defineixen les àrees de coneixements que conformen les CP, tenint en compte les necessitats formatives dels professionals. D'altra banda, es realitzaran tallers per l'abordatge d'àrees d'especial rellevància en la preparació i formació bàsica dels professionals implicats.

El programa consta de 6 sessions amb una duració de tres hores cada una i es realitzaran una cada setmana. No obstant, la durada i la temàtica de les sessions formatives està oberta a canvi per tal d'ajustar-ho més a les necessitats dels professionals d'infermeria. El motiu és que els professionals que hi participin poden tenir una major disponibilitat i donar temps a reflexionar sobre els aspectes tractats a cada sessió. Les sessions seran presencials i seran dinàmiques, amb la finalitat de crear debat, reflexió i compartir experiències. Per això es presentaran casos pràctics i problemes, per la seva resolució de forma individual i en grup.

Les sessions s'ordenaran per temes, els quals es poden observar en la *Taula 2*.

Taula 2: Ordre de sessions per temàtiques

Sessió 1	Principis bàsics i organització de les CP
Sessió 2	Control dels principals símptomes
Sessió 3	Maneig de la via subcutània
Sessió 4	Agonia i sedació pal·liativa
Sessió 5	Suport emocional, comunicació i informació
Sessió 6	Aspectes ètics i legals de les CP

A continuació es desenvolupen les diferents sessions:

Sessió 1: Principis bàsics i organització de les CP

Objectiu:

- Adquirir o ampliar els coneixements sobre els aspectes generals de les cures pal·liatives i com s'organitzen a Catalunya
- Compartir experiències i reflexions personals
- Avaluar la sessió

Metodologia:

S'iniciarà la sessió exposant els objectius de la mateixa. Tot seguit, es diferenciaran dues parts, una magistral i una altra pràctica.

Es començarà impartint teoria, basada en la revisió bibliogràfica exposada anteriorment, sobre la introducció, la definició, els objectius i els pilars bàsics i aspectes organitzatius de les CP.

En la sessió també es destacarà que els instruments bàsics sobre els que es sustenten les bases terapèutiques de les CP són el control de símptomes, el suport emocional i comunicació amb el malalt, la família i l'equip terapèutic, canvis en l'organització i un equip interdisciplinari (2). També s'exposaran els objectius de l'organització de les CP i els diferents nivells organitzatius.

La segona part de la sessió, consistirà en que els diferents professionals exposin un cas d'un malalt pal·liatiu que hagin atès durant la seva labor professional al servei d'urgències. Així compartiran l'experiència i reflexionaran si després de

conèixer els conceptes impartits en aquesta sessió haguessin canviat algun aspecte en l'atenció prestada.

Durada: 3 hores (1:30h part magistral i 1:30h part pràctica)

Avaluació:

Consistirà en una avaluació mitjançant feedback on cada participant exposarà que esperava de la sessió, si creuen que s'han complert els objectius de la sessió, els beneficis aportats i les deficiències observades.

Sessió 2: Control dels principals símptomes

Objectiu:

- Adquirir o ampliar els coneixements sobre els principis generals del control dels símptomes, l'ús d'escala de valoració dels símptomes i les mesures farmacològiques i no farmacològiques a aplicar en el SU.
- Compartir experiències i reflexions personals
- Avaluar la sessió

Metodologia:

S'iniciarà la sessió exposant els objectius de la mateixa. Tot seguit, es diferenciarien dues parts, una magistral i una altra pràctica.

Es començarà impartint teoria, basada en la revisió bibliogràfica exposada anteriorment, sobre símptomes gastrointestinals, respiratoris, psicològics, neurològics, dermatològics, genitourinaris i sistèmics. Es donarà important rellevància al dolor, a la dispnea i a l'ansietat, ja que són els símptomes que es presenten amb més freqüència en aquest servei.

En la sessió, també es destacarà la importància d'utilitzar fàrmacs d'eficàcia demostrada a dosis adequades, amb pautes senzilles i fixes que controlin tots els símptomes que produeixin desconfort i utilitzar la via oral com via d'elecció i, si no és possible, utilitzar la via subcutània (2,22,30). També s'exposaran les mesures farmacològiques a aplicar en el control dels símptomes més prevalents. I es ressaltarà la importància d'aplicar mesures no farmacològiques com els canvis posturals, les cures de la pell, l'alimentació, etc.

En la segona part de la sessió, es realitzarà un taller pràctic, que consistirà en la resolució grupal d'un cas clínic.

Durada: 3 hores (2h part magistral i 1h part pràctica)

Avaluació:

Consistirà en una avaluació mitjançant feedback on cada participant exposarà que esperava de la sessió, si creuen que s'han complert els objectius de la sessió, els beneficis aportats i les deficiències observades.

Sessió 3: Maneig de la via subcutània

Objectiu:

- Adquirir o ampliar els coneixements sobre el maneig de la via subcutània i la infusió de fàrmacs pel control dels símptomes.
- Compartir experiències i reflexions personals
- Avaluar la sessió

Metodologia:

S'iniciarà la sessió exposant els objectius de la mateixa. Tot seguit, es diferenciarien dues parts, una magistral i una altra pràctica.

La primera part serà una exposició teòrica donada per un professional expert en el tema. És destacarà que la via subcutània és la via d'elecció quan la via oral no està disponible, i que aquesta afavoreix l'administració de fàrmacs i no suposa una limitació d'accés. En la sessió, també es destacarà les diferents formes d'administració de la medicació mitjançant sistemes d'infusió, en forma de bolus o infusió intermitent o continua.

La segona part de la sessió, consistirà en un taller pràctic d'utilització i manipulació dels infusors per acabar d'integrar la teoria exposada.

Durada: 2 hores (1h part magistral i 1h part pràctica)

Avaluació:

Consistirà en una avaluació mitjançant feedback on cada participant exposarà que esperava de la sessió, si creuen que s'han complert els objectius de la sessió, els beneficis aportats i les deficiències observades.

Sessió 4: Agonia i sedació pal·liativa

Objectiu:

- Adquirir o ampliar els coneixements sobre les cures bàsiques en situació d'agonia i la sedació pal·liativa
- Compartir experiències i reflexions personals
- Avaluar la sessió

Metodologia:

S'iniciarà la sessió exposant els objectius de la mateixa. Tot seguit, es diferenciarien tres parts, dues magistral i una altra pràctica.

La primera part consistirà en una exposició teòrica, basada en la revisió bibliogràfica exposada anteriorment, sobre la valoració de la situació d'agonia, els signes i símptomes en aquesta fase i l'atenció al pacient agònic i a les seves famílies. També s'exposarà la importància de redefinir els objectius terapèutics, tendint a emprar cada vegada menys mitjans tècnics pel control simptomàtic del pacient, i prestant més suport a la família (22).

La segona part de la sessió consistirà en una exposició teòrica, basada en la revisió bibliogràfica exposada anteriorment, sobre el procés de sedació en la fase d'agonia, les indicacions terapèutiques, l'administració de fàrmacs i les consideracions ètiques. A més, es destacarà la importància d'avaluar l'efectivitat de la sedació mitjançant l'escala Ramsay (2,22,30).

En la tercera part de la sessió, es realitzarà un taller pràctic de simulació d'un cas clínic en situació d'agonia que requereix sedació pal·liativa.

Durada: 3 hores (1h primera part magistral, 1h segona part magistral i 1h part pràctica)

Avaluació:

Consistirà en una avaluació mitjançant feedback on cada participant exposarà que esperava de la sessió, si creuen que s'han complert els objectius de la sessió, els beneficis aportats i les deficiències observades.

Sessió 5: Suport emocional, comunicació i informació

Objectiu:

- Adquirir o ampliar els coneixements sobre la comunicació, informació i suport emocional al pacient pal·liatiu i a la seva família.
- Compartir experiències i reflexions personals
- Avaluar la sessió

Metodologia:

S'iniciarà la sessió exposant els objectius de la mateixa. Tot seguit, es diferenciarien dues parts, una magistral i una altra pràctica.

En la primera part, es convidarà a un professional expert en el tema que impartirà teoria sobre aspectes psicològics, socials i espirituals de les CP, comunicació verbal i no verbal, habilitats socials i d'afrontament, escolta activa, aspectes relacionats amb el dol com les fases i les manifestacions d'aquest procés i traslladarà aquests conceptes al SU. La segona part de la sessió consistirà en realitzar diversos "role playing" on es simulin situacions on els professionals hagin de donar males notícies, hagin de realitzar escolta activa, hagin d'enfrontar-se a la mort i al procés de dol, etc

Durada: 3 hores (1:30h part magistral i 1:30h part pràctica)

Avaluació:

Consistirà en una avaluació mitjançant feedback on cada participant exposarà que esperava de la sessió, si creuen que s'han complert els objectius de la sessió, els beneficis aportats i les deficiències observades.

Sessió 6: Aspectes ètics i legals de les CP

Objectiu:

- Adquirir o ampliar els coneixements sobre aspectes ètics i legals de les CP.
- Compartir experiències i reflexions personals
- Avaluar la sessió

Metodologia:

S'iniciarà la sessió exposant els objectius de la mateixa. Tot seguit, es diferenciarien dues parts, una magistral i una altra pràctica.

Per la primera part, es convidarà un expert en bioètica i serà qui imparteixi la sessió, exposant aspectes com els principis de la bioètica clínica, les decisions al final de la vida, el consentiment informat, la limitació de l'esforç terapèutic, el acarnissament terapèutic i l'eutanàsia.

En la segona part, es realitzarà un taller pràctic que consistirà en la realització d'un anàlisi ètic de diversos casos clínics en CP, i així acabar d'integrar el coneixements exposats.

Durada: 2 hores (1h part magistral i 1h part pràctica)

Avaluació:

Consistirà en una avaluació mitjançant feedback on cada participant exposarà que esperava de la sessió, si creuen que s'han complert els objectius de la sessió, els beneficis aportats i les deficiències observades.

7. CONSIDERACIONS ÈTIQUES

Per la realització de la intervenció és necessari tenir en compte els principis ètics per garantir la conservació dels drets i integritat dels usuaris. Per aquest motiu, abans de realitzar la intervenció serà necessari ficar-se en contacte amb el Comitè Ètic d'Investigació Clínica (CEIC) del HUAV per obtenir el seu consentiment (*Annex 7*). A més, es demanarà als usuaris, tant professionals com pacients i familiars que participen en la investigació, que firmin un consentiment informat per tal de quedar constància de la seva voluntarietat en participar en la investigació, després de comprendre la informació explicant-li la intervenció (*Annex 8*).

Amb base a l'anterior, per la intervenció es consideraran els següents principis ètics (38,54):

- Autonomia. La participació en la investigació és un acte voluntari ja que els usuaris han de ser conscients dels beneficis que la intervenció els pot aportar i de la implicació que la seva participació suposa. A més, tots els participants seran informats del caràcter confidencial de totes les dades obtingudes per la investigació.
- Beneficència i no maleficència. Seguint ambdós principis, aquesta investigació es desenvoluparà mitjançant l'ús d'activitats que no es posicionin en contra dels principis, sentiments, creences o de la integritat dels participants. Per aquest motiu, es respectaran totes les decisions dels participants, protegint-los del mal i assegurant el seu benestar.
- Justícia. La inclusió o no en el programa formatiu serà un fet objectiu i just per tots els usuaris. A més, els beneficis obtinguts de la investigació no seran aplicats solament a les classes més afavorides, sinó a tots els grups susceptibles de beneficiar-se de la mateixa.

8. AVALUACIÓ

Una vegada es realitza la intervenció, és important fer una avaluació per tal de valorar si s'han complert o no els objectius que es marquen inicialment. Per aquest motiu, l'avaluació estarà organitzada pels objectius que prèviament s'han marcat.

8.1. Afrontar l'arribada dels pacients terminals i assumir el seu tractament integral

Per tal d'avaluar si els professionals d'infermeria del SU després de realitzar la formació són capaços d'afrontar l'arribada dels pacients pal·liatius i assumir el seu tractament integral, es realitzarà un qüestionari de quinze preguntes per tal d'avaluar els coneixements i habilitats impartits en cada sessió. Per poder mesurar els coneixements pre i post intervenció, es realitzarà el mateix qüestionari al començar i al finalitzar el programa formatiu. (*Annex 9*)

L'objectiu es donarà com assolit si:

- Es detecta una diferència estadísticament significativa entre els coneixements que presentaven els professionals d'infermeria abans de realitzar el programa formatiu i després.
- El 75% dels professionals d'infermeria encerten més del 80% de preguntes del qüestionari final.

8.2. Identificar el pacient que requereix tractament pal·liatiu.

Per tal d'avaluar si els professionals d'infermeria del SU són capaços d'identificar i valorar el pacient que requereix tractament pal·liatiu, es passarà el següent qüestionari als professionals d'infermeria participants en el programa formatiu cada mes. El qüestionari només fa referència a l'atenció de pacients pal·liatius.

Taula 3. Escala per avaluar la identificació del malalt pal·liatiu

	Indicador	Si ho he realitzat	No ho he realitzat
1.	Determinar el motiu de consulta		
2.	Realitzar una avaluació exhaustiva del número i la intensitat del símptomes que sofreix el pacient mitjançant la utilització de la ESAS, la EFAT, la PPS o la ECOG.		
3.	Valorar el impacte que produeix el símptoma en la qualitat de vida del pacient.		
4.	Determinar factors que provoquen o augmenten cada símptoma.		
5.	Identificar si el pacient es troba en situació d'últims dies		

L'objectiu es donarà com assolit si:

- El 75% dels professionals d'infermeria participants en el programa formatiu realitzen tots els ítems exposats en l'escala anterior.

8.3. Aplicar mesures de confort mitjançant el maneig terapèutic farmacològic i no farmacològic dels diferents símptomes

Per tal d'avaluar si els professionals d'infermeria del SU són capaços d'aplicar mesures de confort mitjançant el maneig terapèutic farmacològic i no farmacològic dels diferents símptomes, és contemplarà que el pacient no tingui dolor ni símptomes mal controlats.

Per poder valorar-ho objectivament, es passarà a tots els pacients pal·liatius que ingressin en el SU durant un any, l'escala Edmonton Symptom Assessment System (ESAS), que consta de 10 escales analògiques visuals que exploren 9 símptomes: dolor, astènia, anorèxia, nàusees, ansietat, depressió, benestar general, somnolència, dispnea i el desè símptoma queda obert per què es pugui afegir en funció del malalt. Aquesta escala es passarà al ingrés i quan el pacient abandoni el SU.

L'objectiu es donarà com assolit si:

- El 55% dels pacients dels pacients atesos pels professionals d'infermeria participants del programa formatiu presenten un bon control dels símptomes, entenent com a bon control de símptomes, puntuar menys de 3/10 de puntuació en EVA de l'escala ESAS en més 5 símptomes.

8.4. Proporcionar un suport emocional eficaç al pacient pal·liatiu i a la seva família

Per tal d'avaluar si els professionals d'infermeria del SU són capaços de proporcionar un suport emocional eficaç al pacient pal·liatiu i a la seva família s'avaluarà la satisfacció de l'atenció prestada del pacient i de la seva família. Per poder avaluar-ho es passarà el següent qüestionari a tots els pacients pal·liatius i a les seves famílies atesos en el SU en el moment d'abandonar el servei.

Taula 4. Qüestionari per avaluar el suport emocional prestat pels professionals d'infermeria al pacient pal·liatiu i a la seva família

	Indicador	Si ho ha realitzat	No ho ha realitzat
1.	El professional d'infermeria ha set clar, concís i honest en la informació donada i ha respost els dubtes i preguntes plantejades.		
2.	El professional d'infermeria m'ha tractat amb afecte, proximitat, assertivitat i empatia.		
3.	El professional d'infermeria m'ha informat sobre l'extensió de la malaltia, els símptomes, el control i una estimació pronostica.		
4.	El professional d'infermeria ha propiciat un clima de confiança i ens ha transmès seguretat.		
5.	El professional d'infermeria ha respectat les meves decisions		
6.	El professional d'infermeria ha garantit la màxima intimitat i comoditat (Box individual, ambient tranquil, etc.)		
7.	El professional d'infermeria ha aconseguit que em sentís escoltat i pogués expressar les meves emocions i sentiments.		

L'objectiu es donarà com assolit si:

- El 75% dels pacients pal·liatius i de les seves famílies atesos pels professionals d'infermeria participants del programa formatiu, responen que si a tots els ítems exposats en l'escala anterior.

A més, per poder valorar l'efectivitat del programa i la satisfacció dels professionals d'infermeria que hi han participat, es passarà un qüestionari al finalitzar el programa formatiu de deu preguntes on es valoraran aspectes del desenvolupament de les sessions, de la metodologia utilitzada, els continguts dels mòduls i l'opinió global. (*Annex 10*)

9. DISCUSSIÓ

La majoria d'autors coincideixen en que els instruments fonamentals de les cures pal·liatives són el control de símptomes, la comunicació, l'ètica clínica i el canvi de l'organització que l'orienten a les necessitats i a les demandes dels pacients i de les seves famílies (5,7,9,21).

Els Serveis d'Urgències no són els més adequats per atendre a pacients pal·liatius i aplicar aquests instruments, ja que es valora a molts pacients de manera simultània amb una elevada càrrega assistencial i un ràpid ritme de treball (21). ML. Iglesias i A. Lafuente (2), també ressalten que en aquests serveis s'instauren desiguals mesures pal·liatives, probablement per la diversitat de criteris mèdics entre les múltiples especialitats i la falta de formació en aquest àmbit. Tot això, comporta una atenció inadequada a aquests pacients, aplicant mesures pal·liatives només en el 25% dels pacients i generant un incorrecte control del dolor i d'altres símptomes (21).

A més, múltiples autors senyalen que a pesar de que els pacients amb una malaltia terminal avançada no s'han de considerar com una urgència vital quan acudeixen al SU, si precisen d'una atenció ràpida i prioritària per garantir el màxim confort (2,6,21,30,42).

La majoria coincideixen en que els objectius en l'atenció del pacient pal·liatiu en el SU és donar prioritat al control dels símptomes, donant la mateixa importància a les mesures farmacològiques com no farmacològiques, i a l'alleujament del sofriment psicològic, espiritual i emocional del pacient i de la seva família (2,6,30,42). Per exemple, CK. Norton et al (25), destaquen que proporcionar atenció en el SU al dolor i altres símptomes que s'observen en el final de la vida, com són la dispnea, la fatiga, la incontinència i la confusió mental, ha de ser un objectiu primordial, ja que aquests símptomes provoquen alt grau de sofriment i angoixa. A més, fan especial èmfasi en la importància de la comunicació per atendre aquests tipus de malalts i les seves famílies en el SU. I també dels beneficis que comporta la presència de la família en l'aplicació de les diferents cures, per transmetre directament el suport i per ajudar a facilitar el procés del dol.

L'evidència demostra que és fonamental tenir uns coneixements adequats en cures pal·liatives per no caure en l'error d'aplicar mesures desproporcionades a pacients en situació de fi de vida com si fossin a recuperar una acceptable qualitat de vida (50).

Per aquest motiu, múltiples autors, destaquen que els coneixements en CP beneficien als pacients pal·liatius i a les seves famílies (2,46,50).

Segons P. Valles i I. Garcia(49), la formació dels professionals d'infermeria en CP és indispensable per prestar una atenció de qualitat. També destaquen la importància que tots els professionals d'infermeria haurien de disposar d'una formació bàsica per conèixer les pròpies actituds enfront la mort.

A. Metola et al. (21), van realitzar un estudi amb l'objectiu de detectar diferències amb l'atenció a pacients en situació de fi de vida, en funció de si són atesos per professionals d'Urgències o per professionals amb formació avançada en CP. Els resultats van demostrar que els professionals d'urgències presentaven una major dificultat per reconèixer el final d'una malaltia o suspendre un tractament amb intenció curativa, pel que sotmetien als pacients a més proves diagnòstiques i mesures invasives. En canvi, els professionals amb formació avançada intentaven disminuir la realització de proves innecessàries, adjudicaven al pacient un box individual, prioritzaven el ingrés en alguna unitat d'hospitalització i agilitzaven els circuits de derivació a unitats de cures pal·liatives.

També B. Crotwell (51), revisa l'estudi realitzat per Degner i Gow on es comparaven dos grups de professionals d'infermeria, un format en cures pal·liatives i l'altre sense formació. Els resultats van demostrar que els professionals amb formació en CP tenien millors actituds i menys ansietat enfront la mort que els professionals que no havien rebut la formació.

És necessari destacar, que segons la Oncology Nursing Society, el 25% de les infermeres manifesten no estar suficientment preparades per atendre a pacients pal·liatius. Això, suggereix la necessitat de millorar la formació en cures pal·liatives en les universitats (49).

També T. Bush (50), destaca la insuficient formació en CP en els plans d'estudi d'infermeria, fet que provoca que les infermeres no disposin d'una formació bàsica per poder respondre eficaçment a les necessitats d'aquells pacients amb una malaltia incurable.

Per concloure, és necessari una formació bàsica en CP als professionals d'infermeria del Servei d'Urgències per tal d'aconseguir una atenció pal·liativa de qualitat i assegurar el confort i benestar del pacient i de la seva família.

10. CONCLUSIÓ

L'evidència científica mostra que la formació dels professionals d'infermeria en estratègies i habilitats en el tractament de cures pal·liatives, així com en decisions morals i ètic-legals i en comunicació, permet una millora de l'atenció pal·liativa i la dignificació del procés de final de vida.

La realització del programa formatiu ajudaria als professionals d'infermeria a identificar el pacient que requereix tractament pal·liatiu, així com a aplicar mesures farmacològiques i no farmacològiques per controlar els diferents símptomes. També ajudaria a considerar a la família, l'entorn físic i aspectes espirituals de forma integral, ja que són factors que intervenen de forma activa i decisiva en la qualitat de vida percebuda pel pacient.

De la mateixa manera, el programa formatiu aportaria coneixements respecte com proporcionar suport emocional al pacient i a la seva família, però no asseguraria que aquest fos eficaç, ja que en el Servei d'Urgències influeixen factors propis del servei com el ritme ràpid de treball, espais arquitectònics massificats, elevada càrrega de treball, temps limitat per prendre decisions diagnòstiques i terapèutiques, etc. Que fan especialment complexa la comunicació i informació amb el malalt i la seva família.

En conclusió, l'aplicació del programa formatiu als professionals d'infermeria del SU, ajudarien al control del dolor i altres símptomes en pacients pal·liatius, a no aplicar o perllongar mesures innecessàries, a donar informació adequada i permetre participar al pacient i a la seva família en la presa de decisions respectant la seva intimitat i dignitat.

11. BIBLIOGRAFIA

1. Gómez X, Espinosa J, Porta J, Benito E. Modelos de atención, organización y mejora de la calidad para la atención de los enfermos en fase terminal y su familia: aportación de los cuidados paliativos. *Med Clin*. 2010;135(2):83–9
2. Iglesias ML, Lafuente A. Asistencia al paciente agónico que va a fallecer en urgencias. *An Sis San Navarra*. 2010;33(1):173–91
3. Consumo MDES. Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. 2008. 306p. [Internet]. Available from: <http://www.guiasalud.es/>
4. Lara A, Tamayo AC, Gaspar S. Manejo del Paciente Terminal. *Cancerol*. 2006;1(1):283–95
5. Paliativos SDC. Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Guía de cuidados paliativos. Secpal. 2002;1–52. [Internet]. Available from: <http://www.secpal.com/guiacp/guiacp.pdf>
6. Mierendorf SM, Gidvani V. Palliative Care in the Emergency Department. *Perm J*. 2014;18(2):77-85
7. Espinar V. Los cuidados paliativos: acompañando a las personas en el final de la vida. *Cuader Bioetic*. 2012;23(1):169-76
8. Gómez M, Altisent R, Bátiz J, Ciprés L, Corral P, González JL, Herranz JA, Rocafor J, Rodríguez JJ. Consideraciones de la Organización Médica Colegial para el desarrollo de los cuidados paliativos en España. *Rev la Soc Esp Dolor*. 2010;17(4):213–5
9. Román B. Para la humanización de la atención sanitaria: los cuidados paliativos como modelo. *Med Paliativa*. 2013;20(1):19–25
10. Ignorosa CA, González L. Cuidados paliativos para una muerte digna. Estudio de un caso. *Enferm Univ*. 2014;11(3):110–6
11. Molina J, Romero Y, Romero J, Ruiz S, Gálvez R. Características de los pacientes oncológicos terminales incluidos en un programa de Cuidados Paliativos. *Med Pal*. 2008;15(2):89–92
12. Palomo A, Rodrigo RG, Vargas R, Quiben R. El paciente con enfermedad terminal en el hospital de agudos: la labor del equipo de soporte hospitalario. *Med Paliativa*. 2013;18(1):14–9

13. Nabal M, Pascual A, Llombart A. Valoración general del paciente oncológico avanzado. Principios de control de síntomas. Aten Primaria. 2006;38(2):21–8
14. Castañeda C, O'Shea GJ, Narváez MA, Lozano J, Castañeda G, Castañeda JJ. Calidad de vida y control de síntomas en el paciente oncológico. Gac Mex Oncol. 2015;14(3):150–6
15. Bermejo JC. Cuidados paliativos y humanización. Med Paliativa. 2013;20(1):1-2
16. Barbero J, Díaz L. Diez cuestiones inquietantes en cuidados paliativos. An Sist Sanit Navar. 2007;30(3):71–86
17. Gómez X, Caja C, Espinosa J, Bullich I, Mallo JM. Model De Cures Pal·liatives De Catalunya. Institut Català d'Oncologia. 2009;156. [Internet]. Available from: <http://ico.gencat.cat/>
18. Lacampa P, Bermúdez C, Vallejo S, García L, Villegas R.. Modelos organizativos en cuidados paliativos. Comparación de consumo de recursos. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2009. 45p. [Internet]. Available from: <http://www.juntadeandalucia.es/>
19. Gómez X, Pascual A, Espinosa J, Caja C. Diseño, implementación y evaluación de programas públicos de cuidados paliativos. Med Clin (Barc). 2010;135(4):179–85
20. Quiñones A, Álvarez P, García MJ, Guardia P. Influencia de la atención avanzada en cuidados paliativos en la frecuentación de las urgencias hospitalarias. Med Paliativa. 2013;20(2):60–3
21. Metola A, García E, Bellido S, Carretero Y, Azcoitia B, Guerrero L. Análisis de la evolución de pacientes en probable situación de últimos días en un Servicio de Urgencias. Med Paliativa. 2013;20(1):10–8
22. Iglesias ML, Echarte JL. Asistencia médica y de enfermería al paciente agónico que va a fallecer en urgencias. Emerg. 2007;19(1):201–10
23. Herreros B, García G, Pintor E, Sánchez M. Paciente conflictivo en urgencias: definición, tipología y aspectos éticos. Rev Clín Esp. 2009;210(8):404–9
24. Bailey C, Murphy R, Porock D. Trajectories of end-of-life care in the emergency department. Ann Emerg Med. 2011;57(4):362–9
25. Norton CK, Hobson G, Kulm E. Palliative and End-of-Life Care in the Emergency Department: Guidelines for Nurses. J Emerg Nurs. 2011;37(3):240–5

26. Grudzen CR, Stone SC, Morrison RS. The palliative care model for emergency department patients with advanced illness. *J Palliat Med.* 2011;14(8):945–50
27. Rosenberg M, Rosenberg L. Integrated model of palliative care in the emergency department. *J Emerg Med.* 2013;14(6):633–6
28. Wallace EM, Walsh J, Conroy M, Cooney MC, Twomey F. Why do Palliative Care Patients Present to the Emergency Department? Avoidable or Unavoidable?. *Am J Hosp Palliat Med.* 2012;30(3):253–6
29. Sanz E, Molinero E. Manejo general y extrahospitalario paliativo del paciente oncológico. Actitud terapéutica frente a los síntomas más frecuentes de desestabilización. *Medicine.* 2009;10(27):1830–8
30. González M, Gómez C, Vilches Y. Última etapa de la enfermedad neoplásica progresiva: Cuidados en la Agonía, síntomas refractarios y sedación. *Med Clin.* 2006;127(11):421–8
31. Loncán P, Gisbert A, Fernández C, Valentín R, Teixidó A, Vidaurreta R, Saralegui I. Cuidados paliativos y medicina intensiva en la atención al final de la vida del siglo XXI. *An Sist Sanit Navar.* 2007;30(3):113–28.
32. Ferrer AI, Vidal MJ, Tobeña M, Serrano S, Rúiz M, Millastre E. Evaluación sintomática del paciente oncológico en urgencias. *Emergen.* 2010;21(1):186–8.
33. Dudgeon D, Harlos M, Clinch J. The Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS) as an audit tool. *J Palliat Care.* 1999;15(1):14–9.
34. Kaasa T, Loomis J, Gillis K, Bruera E, Hanson J. The Edmonton Functional Assessment Tool: preliminary development and evaluation for use in palliative care. *J Pain Symptom Manage.* 1997;13(1):10–9.
35. Anderson F, Downing G, Hill J. Palliative Performance Scale (PPS): A New Tool. *J Palliat Care.* 1996;12(1):5–11.
36. Mor V, Laliberte L, Morris J, Wiemann M. The Karnofsky Performance Status Scale. An examination of its reliability and validity in a research setting. *Cancer.* 1984;53(9):2002–7.
37. Oken M, Creech R, Tormey D, Horton J, Davis T, McFadden E. Toxicity And Response Criteria Of The Eastern Cooperative Oncology Group. *Am J Clin Oncol.* 1982;5(1):649–55
38. Comitè Bioètica de Catalunya. Recomendaciones a los profesionales sanitarios para la atención a los enfermos al final de la vida. Generalitat de Catalunya. 2010. 125 p. [Internet]. Available from: <http://comitebioetica.cat/>

39. Núñez S, Marco T, Burillo G, Ojeda J. Procedimientos y habilidades para la comunicación de las malas noticias en urgencias. *Med Clin (Barc)*. 2010;127(15):580–3
40. Irela C, Sánchez A, Cedillo E, Gabriela M, Ornelas RO, Góngora J. Factores que influyen y dificultan la comunicación de malas noticias en el personal de salud. *Acta Univ*. 2014;24(5):20–6
41. Vázquez A, Moya R, Aponte I, Nuño P, Beardo G. Actuación de enfermería ante las malas noticias en urgencias. *Rev Enf Doc*. 2015;103(1):33–7
42. Schrijvers D, Fraeyenhove F. Emergencies in Palliative Care. *Cancer J*. 2010;16(5):514–20.
43. Pérez M, Plaza JM, Casbas P, Martínez G, Urdaniz MJ, Martos C. Situación de últimos días: Guía de actuación en urgencias. *Rev Cien Soc Esp Enf Urg*. 2012;25(1):1–5.
44. Gamboa F. Limitación de esfuerzo terapéutico. ¿es lo mismo retirar un tratamiento de soporte vital que no iniciarlo?. *Med Clin (Barc)*. 2010;135(9):410–6.
45. Batiz J. Limitación del esfuerzo terapéutico al final de la vida: de lo teórico a lo práctico en cuidados paliativos. *Paliat Fr*. 2009;1(1):111–24
46. Gillan PC, van der Riet PJ, Jeong S. End of life care education, past and present: A review of the literature. *Nurse Educ Tod*. 2014;34(3):331–42
47. Ballesteros M, Centeno C, Arantzamendi M. A qualitative exploratory study of nursing students' assessment of the contribution of palliative care learning. *Nurse Educ Tod*. 2014;34(6):1–6
48. Arantzamendi M, Addington J, Saracibar M, Richardson A. Spanish nurses' preparedness to care for hospitalised terminally ill patients and their daily approach to caring. *Int J Palliat Nurs*. 2012;18(12):597–605
49. Valles P, García I. Formación básica en cuidados paliativos: Estado actual en las universidades de enfermería españolas. *Med Paliativa*. 2013;20(3):111–4
50. Bush T, Shahwan L. Palliative care education: Does it influence future practice?. *Contemp Nurse*. 2012;43(2):1461–70.
51. Pullis BC. Integration of end-of-life education into a community health nursing course. *Public Health Nurs*. 2013;30(5):463–7.

52. Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan Nacional de Cuidados Paliativos: Bases para su desarrollo. 2001. 79p. [Internet]. Available from: <http://www.msssi.gob.es/>
53. Institut Català d'Oncologia. Cuidados Paliativos en el Instituto de Oncología. Generalitat de Catalunya. 2009. 23 p. [Internet]. Available from: <http://ico.gencat.cat/>
54. Escudero V, Quirós F, Herrero MB, Rodríguez BL, Rodríguez AV, Meneses MT, Ruiz E. La ética de la investigación enfermera. Rev Enferm. 2010;2(2):3–14.

12. ANNEXOS

Annex 1. Escala Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) (*)

Res de dolor	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	El pitjor dolor
Res d'esgotament (cansament, debilitat)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	El més esgotat que es pot imaginar
Res de somnolent (adormit)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	El més adormit que es pot imaginar
Sense nàusees	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Les pitjors nàusees que es pot imaginar
No pèrdua d'apetit	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Sense apetència
No dificultat per respirar	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	La major dificultat per respirar
Res desanimat	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	El més desanimat que es pot imaginar
Res nerviós (ansiós)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	El més nerviós que es pot imaginar
Dormo perfectament	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	La major dificultat per dormir
Sentir-se perfectament	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Sentir-se el pitjor que es pot imaginar
Res ____ (un altre problema)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	El pitjor possible

(*) Dudgeon D, Harlos M, Clinch J. The Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS) as an audit tool. J Palliat Care. 1999;15(1):14–9.

Annex 2. Escala Edmonton Functional Assessment Tool (EFAT) (*)

	0	1	2	3	Data
Comunicació	Independent	Precisa dispositius auxiliars per la comunicació	Comunicació efectiva menys del 50% del temps	Incapaç de comunicar-se	
Estat mental	Alerta. Orientat. Memòria intacta	Apàtic. Pot estar desorientat en temps	Confós. Desorientat en temps, espai i persona	Inconscient. No respon a estímuls dolorosos.	
Dolor	Sense disfunció.	Mínima disfunció	Disfunció moderada	Disfunció important	
Sensibilitat	Intacta	Alteracions mínimes	Alteracions greus	Absent. Sense sensibilitat	
Funció respiratòria	Sense disfunció.	Mínima disfunció	Disfunció moderada	Disfunció important	
Manteniment postural	Normal	Requereix assistència. Manté posició amb ajuda d'una persona	Requereix gran assistència. Manté posició amb gran ajuda de 1 o més persones	Absent	
Mobilitat extremitats	Independent	Limitacions mínimes	Gran assistència	Totalment dependent	
Nivell activitat	Independent	Deambula amb ajuda	Llit-Butaca	Enllitat	
Mobilitat en cadira de rodes	Independent	Mínima assistència	Assistència d'una persona	Totalment dependent	
ABVD	Independent	Funcionalitat conservada amb instruments d'adaptació	Precisa assistència	Totalment dependent	
Capacitat funcional auto-percebuda	Independent	Mínima disfunció	Disfunció moderada	Disfunció important	

(*) Kaasa T, Loomis J, Gillis K, Bruera E, Hanson J. The Edmonton Functional Assessment Tool: preliminary development and evaluation for use in palliative care. J Pain Symptom Manage. 1997;13(1):10-9.

Annex 3. Escala Palliative Performance Status (PPS) ^(*)

	Deambulació	Activitat i evidència de la malaltia	Independència per l'autocura	Ingesta oral	Nivell de consciència
100	Completa	Activitat normal, sense evidència de malaltia	Completa	Normal	Normal
90	Completa	Activitat normal, alguna evidència de malaltia	Completa	Normal	Normal
80	Completa	Activitat normal amb esforç, alguna evidència de malaltia	Completa	Normal o reduïda	Normal
70	Reduïda	Incapaç de treballar, alguna evidència de malaltia	Completa	Normal o reduïda	Normal
60	Reduïda	Incapaç de treballar, alguna evidència de malaltia Incapaç de desenvolupar hobbies i treball domèstic, evidència significativa de malaltia	Necessita ajuda ocasional	Normal o reduïda	Normal o confusió
50	Principalment assegut o tombat	Incapaç de realitzar qualsevol treball, malaltia estesa	Necessita ajuda considerable	Normal o reduïda	Normal o confusió
40	Principalment enllitat	Incapaç de realitzar qualsevol treball, malaltia estesa	Necessita ajuda principalment	Normal o reduïda	Normal, somnolència, confusió
30	Totalment enllitat	Incapaç de realitzar qualsevol treball, malaltia estesa	Necessita ajuda per tot	Reduïda	Normal, somnolència, confusió
20	Totalment enllitat	Incapaç de realitzar qualsevol treball, malaltia estesa	Necessita ajuda per tot	Mínima	Normal, somnolència, confusió
10	Totalment enllitat	Incapaç de realitzar qualsevol treball, malaltia estesa	Necessita ajuda per tot	Només cures de la boca	Somnolència, coma
0	Mort	-	-	-	-

(*) Barallat E. Val·lidació de l'escala Palliative Performance Scale Versió 2 (PPSv2) per ser utilitzada en pacients pal·liatius [Tesis Doctoral]. Lleida: Universitat de Lleida, Facultat d'Infermeria;2013

Annex 4. Escala Karnofsky (KPS) ^(*)

100	Activitat normal. Sense símptomes. Sense indici subjectiu de malaltia
90	Capaç de desenvolupar una activitat normal. Símptomes de malaltia mínims
80	Activitat normal amb esforç. Alguns símptomes de malaltia normal
70	Pot cuidar de sí mateix. Incapaç de desenvolupar la seva activitat normal
60	Requereix assistència ocasional però és capaç de cuidar de sí mateix
50	Requereix assistència ocasional i freqüent atenció mèdica
40	Requereix assistència mèdica especial
30	Greument inhàbil. Requereix hospitalització. No es preveu una mort imminent
20	Molt malalt. Hospitalització necessària. És precis tractament de suport actiu
10	Moribund. Terminal
0	Difunt

(*) Mor V, Laliberte L, Morris J, Wiemann M. The Karnofsky Performance Status Scale. An examination of its reliability and validity in a research setting. Cancer. 1984;53(9):2002–7.

Annex 5. Escala Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) ^(*)

Grau	ECOG
0	Activitat normal sense restricció ni ajuda
1	Activitat restringida. Deambula
2	Incapacitat per qualsevol activitat laboral. Menys del 50% del temps enllitat
3	Capacitat restringida per les cures i higiene personal. Més del 50% del temps enllitat
4	Incapacitat total. No pot cuidar de sí mateix. El 100% del temps enllitat
5	Difunt

(*) Oken M, Creech R, Tormey D, Horton J, Davis T, McFadden E. Toxicity And Response Criteria Of The Eastern Cooperative Oncology Group. Am J Clin Oncol. 1982;5(1):649–55

Annex 6. Revisió bibliogràfica

	Base de dades	Estratègia bibliogràfica	Limitadors	Número Resultats	Resultats seleccionats
1.	Pubmed	"Palliative Care"[Mesh] AND "Emergency Medicine"[Mesh] AND ("2010/10/29"[PDat] : "2015/10/27"[PDat])	- Text lliure complet - Últims 5 anys	34	4
2.	Pubmed	"Palliative Care"[Mesh] AND "Emergency Nursing"[Mesh] AND ("2010/10/29"[PDat] : "2015/10/27"[PDat])	- Últims 5 anys	3	1
3.	Pubmed	"Terminal Care"[Mesh] AND "Emergency Nursing"[Mesh] AND ("2010/10/29"[PDat] : "2015/10/27"[PDat])	- Últims 5 anys	6	1
4.	Cuiden Plus	("Cuidados")AND(("paliativos")AND ("Urgencias"))		14	0
5.	Biblioteca Cochrane Plus	(Cuidados Paliativos) and (Urgencias)	- Articles de 2010 a 2015	3	0
6.	SCOPUS	(TITLE-ABS-KEY (palliative care) AND TITLE-ABS-KEY (emergency)) AND (LIMIT-TO (PUBYEAR, 2010)) AND (LIMIT-TO (SUBJAREA, "NURS"))	- Articles a partir del 2010 - Àrea d'Infermeria	27	2
7.	SCOPUS	(TITLE-ABS-KEY (End-of-life) AND TITLE-ABS-KEY (Emergency Department)) AND PUBYEAR > 2009 AND (LIMIT-TO (LANGUAGE, "English") OR LIMIT-TO (LANGUAGE, "Spanish"))	-Articles a partir del 2010 - Llenguatge: Castellà i Anglès	165	5
8.	Google Scholar	Cuidados paliativos AND Urgencias	- Articles entre 2010 i 2015	4210	2
9.	Dialnet Plus	Cuidados paliativos en urgencias	- Articles entre 2010 i 2015	15	0
10.	Pubmed	"Palliative Care"[Mesh] AND "Emergency Medicine"[Mesh] AND ("2010/10/29"[PDat] : "2015/10/27"[PDat])	- Text lliure complet - Últims 5 anys	34	4
11.	Pubmed	"Palliative Care"[Mesh] AND "Emergency Nursing"[Mesh] AND ("2010/10/29"[PDat] : "2015/10/27"[PDat])	- Últims 5 anys	3	1
12.	Pubmed	"Terminal Care"[Mesh] AND "Emergency Nursing"[Mesh] AND ("2010/10/29"[PDat] : "2015/10/27"[PDat])	- Últims 5 anys	6	1
13.	Cuiden Plus	("Cuidados")AND(("paliativos")AND ("Urgencias"))		14	0

14.	Biblioteca Cochrane Plus	(Cuidados Paliativos) and (Urgencias)	- Articles de 2010 a 2015	3	0
15.	SCOPUS	(TITLE-ABS-KEY (palliative care) AND TITLE-ABS-KEY (emergency)) AND (LIMIT-TO (PUBYEAR, 2010)) AND (LIMIT-TO (SUBJAREA, "NURS"))	- Articles a partir del 2010 - Àrea d'Infermeria	27	2
16.	SCOPUS	(TITLE-ABS-KEY (End-of-life) AND TITLE-ABS-KEY (Emergency Department)) AND PUBYEAR > 2009 AND (LIMIT-TO (LANGUAGE, "English") OR LIMIT-TO (LANGUAGE, "Spanish"))	-Articles a partir del 2010 - Llenguatge: Castellà i Anglès	165	5
17.	Google Scholar	Cuidados paliativos AND Urgencias	- Articles entre 2010 i 2015	4210	2
18.	Dialnet Plus	Cuidados paliativos en urgencias	- Articles entre 2010 i 2015	15	0

Annex 7. Carta de sol·licitud de l'estudi CEIC

Estimat Secretari del Comitè Ètic d'Investigació Clínica,

Em dirigeixo a vostè per presentar l'estudi "Programa formatiu específic en Cures Pal·liatives al Servei d'Urgències", el qual es desenvoluparà en el Servei d'Urgències de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova i que estarà a càrrec de Xènia Castillo Peña com a investigadora.

La intervenció parteix de la hipòtesi de que la realització d'un programa formatiu específic en cures pal·liatives, als professionals d'infermeria del Servei d'Urgències, contribuirà a una millora de l'atenció dels pacients en situació de fi de vida en aquest servei, enfront d'aquells que no rebin aquesta formació.

És per això que l'estudi té la finalitat de valorar l'efectivitat d'un programa formatiu realitzat als professionals d'infermeria del Servei d'Urgències, per afrontar l'arribada dels pacients en situació de fi de vida i assumir el seu tractament integral.

Per tant, la població diana a qui s'impartirà la intervenció serà als professionals d'infermeria del servei d'urgències de l'Hospital Arnau de Vilanova (HUAV), que sovint tenen contacte i relació amb pacients pal·liatius i els seus familiars.

El programa formatiu constarà de 6 sessions amb una duració de tres hores cada una, i es realitzaran una cada setmana. No obstant, la durada i la temàtica de les sessions formatives està oberta a canvi per tal d'ajustar-ho més a les necessitats dels professionals d'infermeria. Aquestes sessions seran presencials i seran dinàmiques, amb la finalitat de crear debat, reflexió i compartir experiències.

La metodologia del programa constarà, per una part, de teoria mitjançant continguts que defineixen les àrees de coneixements que conformen les cures pal·liatives, tenint en compte les necessitats formatives dels professionals, i d'altra banda de tallers pràctics.

Bàsicament, el que es pretén amb la realització d'aquesta intervenció és que els professionals d'infermeria adquireixin o actualitzin els coneixements sanitaris bàsics en cures pal·liatives per poder proporcionar una assistència de qualitat

als pacients que es trobin en fase de final de vida al Servei d'Urgències, així com a les seves famílies.

D'acord amb el que s'ha exposat, l'estudi es realitzarà tal i com es planteja, respectant la normativa legal aplicable i seguint les normes ètiques internacionalment acceptades.

Prego una resposta el més aviat possible per part de la direcció per poder començar a dur a terme la intervenció. En cas de qualsevol dubte poden trucar al 628592105 o bé enviar un correu electrònic a xeniACP94@gmail.com, així com per respondre, poden fer-ho per les dues vies.

Una salutació,

Xènia Castillo Peña

Lleida, a..... de....., de 201...

Signatura

Annex 8. Consentiment Informat

Ens dirigim a vostè per informar-li sobre l'estudi d'investigació en el que se li invita a participar, el qual ha estat aprovat pel Comitè Ètic d'Investigació Clínica.

L'objectiu de l'estudi és valorar l'efectivitat d'un programa formatiu realitzat als professionals d'infermeria del Servei d'Urgències, per afrontar l'arribada dels pacients en situació de fi de vida i assumir el seu tractament integral.

Ha de saber que la seva participació en aquest estudi és voluntària i que pot decidir no participar o canviar la seva decisió i retirar el consentiment en qualsevol moment.

Les dades de tots els subjectes participants s'ajustarà al que disposa la Llei Orgànica 15/1999 de protecció de dades de caràcter personal. D'acord al que estableix la legislació esmentada, vostè pot exercir els drets d'accés, modificació, oposició i cancel·lació de dades. Per tant, l'accés a la seva informació personal quedarà restringit al promotor i col·laboradors de l'estudi, al Comitè Ètic d'Investigació Clínica i personal autoritzat pel promotor, però sempre mantenint la confidencialitat dels mateixos d'acord amb la legislació vigent.

A partir d'aquest document, manifesto que:

Jo, amb document nacional d'identitat, amb domicili en

De forma lliure i voluntària manifesto que he set correctament informat i en conseqüència autoritzo la meua participació en la intervenció tenint en compte que:

1. He comprès la naturalesa i el propòsit de la intervenció.
2. He tingut l'oportunitat d'aclarir els meus dubtes.
3. Estic satisfet amb la informació proporcionada
4. Reconec que totes les dades proporcionades són certes i que no he omès cap que pugui influir en el desenvolupament de la intervenció.

Lleida, a..... de....., de 201...

Xènia Castillo Peña (Investigadora principal)
47685739-T

Signatura

Signatura

Annex 9. Qüestionari de valoració dels coneixements

A continuació s'exposen una sèrie de preguntes de resposta múltiple on només hi ha una correcta, per tal de valorar els coneixements en cures pal·liatives.

Les dades extretes d'aquest qüestionari són totalment confidencials.

1. En relació amb el malalt terminal, senyala la resposta correcta:
 - a) Pateix una malaltia terminal avançada i incurable
 - b) Té una falta de resposta al tractament específic
 - c) Té un pronòstic de vida favorable
2. Quins són els elements essencials de les cures pal·liatives?
 - a) El control de símptomes i els canvis en l'organització
 - b) La comunicació i el suport emocional
 - c) a i b són correctes
3. L'organització de les cures pal·liatives:
 - a) Assegura que els serveis de cures pal·liatives estiguin disponibles per tots els pacients que les necessitin i quan les necessitin.
 - b) Es diferencien dos nivells organitzatius: el bàsic i l'especialitzat
 - c) a i b són correctes
4. Senyala la resposta correcta. L'objectiu fonamental de les cures pal·liatives al Servei d'Urgències és:
 - a) Obtenir el confort del pacient i de la seva família, sense recórrer a procediments desproporcionats, innecessaris ni agressius.
 - b) Aplicar mesures per perllongar la vida del pacient
 - c) Valorar només els aspectes físics i psicològics del pacient, sense tenir en compte a la família.
5. L'atenció pal·liativa al Servei d'Urgències consisteix en:
 - a) Identificar mitjançant una valoració pertinent al pacient en situació de fi de vida i les seves necessitats i aplicar mesures de confort mitjançant el maneig terapèutic farmacològic i no farmacològic.
 - b) Adequar l'organització arquitectònica i assistencial i valorar escrupolosament la idoneïtat de la realització de tècniques diagnòstiques
 - c) a i b són correctes
6. En relació al dolor, senyala la resposta incorrecta:
 - a) És un dels símptomes més freqüents en els pacients pal·liatius que acudeixen al Servei d'Urgències.
 - b) Pel seu abordatge s'han d'utilitzar fàrmacs del tercer esglaó com la morfina
 - c) La dosi adequada per combatre el dolor és la dosi màxima requerida per obtenir l'efecte farmacològic desitjat

7. En relació a la dispnea, senyala la resposta correcta:
 - a) El tractament de primera línia per aquest símptoma són els fàrmacs opioides sistèmics
 - b) Els fàrmacs opioides nebulitzats són eficaços pel tractament de la dispnea en aquest pacients
 - c) No s'ha d'administrar oxigenoteràpia a demanda quan hi hagi presència d'hipoxèmia o ansietat
8. En relació a les mesures no farmacològiques, senyala la correcta:
 - a) Cobren la mateixa importància que les farmacològiques
 - b) Les intervencions sobre la cavitat oral no s'han de realitzar perquè proporcionen un elevat grau de desconfort al malalt
 - c) Les cures locals són menys efectives per disminuir la set que la hidratació amb sèrums
9. La via subcutània:
 - a) És la primera via d'elecció en el pacient pal·liatiu
 - b) És la via d'elecció quan la via oral està impossibilitada
 - c) És fàcil d'utilitzar, però provoca molts efectes secundaris i complicacions.
10. Per indicar la sedació pal·liativa, i que aquesta es consideri ètica i legalment lícita han de complir-se:
 - a) Existència d'un o més símptomes refractaris a tractaments previs
 - b) Depèn del criteri mèdic sense tenir en compte l'opinió del pacient i la seva família.
 - c) Utilitzar la dosi màxima, per així controlar el més aviat possible el símptoma refractari.
11. L'agonia o situació d'últims dies és:
 - a) L'estat que precedeix a la mort en les malalties en que la vida s'extingeix gradualment.
 - b) Alguns dels signes i símptomes presents en aquesta situació són la disminució del nivell de consciència, de la producció d'orina i afectació sensorial.
 - c) a i b són correctes
12. La limitació del esforç terapèutic:
 - a) Engloba la decisió de no aplicar mesures extraordinàries o desproporcionades en un pacient amb mal pronòstic vital o mala qualitat de vida
 - b) És una forma d'eutanàsia
 - c) a i b són correctes
13. En relació al document de voluntats anticipades, senyala la correcta:
 - a) Té com objectiu la protecció de l'autonomia de la persona
 - b) Si no existeix aquest document, però l'entorn familiar coneix la voluntat del pacient, no serà vàlida la decisió dels familiars
 - c) Si existeix aquest document i l'equip mèdic no hi està d'acord, la decisió que es tindrà en compte serà la de l'equip mèdic

14. Senyala la incorrecta en relació a la informació i la comunicació de notícies:
- a) És important informar periòdicament al pacient i a la família de les mesures que es prenen.
 - b) El llenguatge verbal que ha d'utilitzar ha de ser concís i assequible, sense detalls innecessaris ni missatges exagerats
 - c) Per informar d'una mala notícia no és important l'estructura arquitectònica i organitzativa
15. Per donar una mala notícia és important:
- a) Oferir suport verbal i no verbal i respectar els silencis.
 - b) Abans de procedir a donar la informació, revisar els objectius del pla terapèutic.
 - c) a i b són correctes

Annex 10. Qüestionari de valoració de satisfacció del programa formatiu

A continuació s'exposen una sèrie de preguntes per tal de valorar l'efectivitat i la satisfacció del programa. Es prega que contestin amb sinceritat. Els qüestionaris són anònims i les dades extretes d'aquest qüestionari són totalment confidencials.

Indiqui el seu grau de concordança segons la següent valoració:

1 (Totalment en desacord)- 2- 3-4- 5 (Molt en acord)

Sexe: ☐ M ☐ F

Edat: _____

		1	2	3	4	5
1	L'estructura i els objectius del programa i de les sessions han estat clars i ben definits					
2	La metodologia del programa ha estat l'adequada					
3	Els recursos utilitzats pel seu desenvolupament han estat els adequats i els suficients					
4	El número d'hores han estat les suficients					
5	El programa m'ha estat útil a nivell personal i professional					
6	He rebut la informació i formació suficient per poder atendre de manera integral a pacients pal·liatius					
7	Després de la realització del programa estic més capacitada que abans de realitzar-lo per atendre a pacients pal·liatius					
8	El sistema d'avaluació empleada m'ha permès conèixer el nivell de domini pre i post realització del programa					
9	En el seu conjunt, el programa ha respost les meves expectatives formatives i professionals					
10	En general, estic satisfet/a amb el desenvolupament del programa					